PSIHOTERAPIE

IRINA HOLDEVICI

TRATAT DE PSIHOTERAPIE COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ

Gândirea pozitivă – cheia sănătăţii şi eficienţei

III 297836

3
TREI

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BIBL. CENTR. UNIV.
„M. EMINESCU" IAŞI
III 297.836

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PSIHOLOGIE · PSIHOTERAPIE

Colecție coordonată de
Simona Reghintovschi

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

H75

Irina Holdevici

TRATAT DE PSIHOTERAPIE COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ

547874

444522
B.C.U. IASI

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

EDITORI
Silviu Dragomir
Vasile Dem. Zamfirescu

DIRECTOR EDITORIAL
Magdalena Mărculescu

COPERTA
Faber Studio (S. Olteanu, A. Rădulescu, D. Dumbrăvician)

REDACTOR
Raluca Hurduc

DIRECTOR PRODUCȚIE
Cristian Claudiu Coban

DTP
Eugenia Ursu

CORECTURĂ
Sînziana Doman
Eugenia Ursu

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale
HOLDEVICI, IRINA
Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală / Irina Holdevici - București : Editura Trei, 2009
Bibliogr.

ISBN 978-973-707-260-3

615.851(035)

© EDITURA TREI, 2009

C.P. 27-0490, București
Tel./Fax: +4 021 300 60 90
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 978-973-707-260-3

7 APR 2009

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cuprins

I **Abordarea comportamentală în psihoterapie și consilierea psihologică** 9
Principiile și postulatele terapiei comportamentale 11
Rolul terapeutului în cadrul terapiei comportamentale 13
Strategiile și tehnicile specifice psihoterapiei comportamentale 15

II **Terapia cognitivă: metode și tehnici** 25
Strategii comportamentale 28
Metodele și tehnicile psihoterapiei cognitiv-comportamentale 30
Testarea validității și combaterea gândurilor negative automate 42
Evaluarea supozițiilor și convingerilor de bază 51
Evaluarea tendințelor de îngrijorare 59
Procesarea informației și erorile de logică 67
Strategiile de combatere a gândirii lipsite de logică 70
Alte strategii cognitiv-comportamentale 74

III **Conceptualizarea cazurilor în psihoterapia cognitiv-comportamentală** 93
Obstacole care stau în calea unei psihoterapii eficiente 103
Rolul conceptualizării cazului în prevenirea și abordarea dificultăților care apar în timpul terapiei 116
Schemele emoționale și rezistențele 132
Eficiența sarcinilor pentru acasă 151

IV **Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările fobice** 159
Bazele teoretice ale terapiei cognitiv-comportamentale în cazul comportamentului fobic 164
Psihoterapia fobiei de obiecte și situații concrete 174
Fobiile sociale 180
Factori care complică tratamentul pacienților fobici 206

BCU CLUJ / BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

V **Psihoterapia cognitiv-comportamentală a agorafobiei și a atacurilor de panică** 210
Modelul cognitiv al atacului de panică 213
Tehnici psihoterapeutice utilizate în cazul atacurilor de panică 219
Abordări comportamentale ale agorafobiei și atacurilor de panică 229

VI **Psihoterapia cognitiv-comportamentală a tulburării anxioase generalizate** 236
Modelul cognitiv al tulburării anxioase generalizate 237
Tehnicile psihoterapeutice propriu-zise în cazul tulburărilor anxioase generalizate 249

VII **Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul tulburărilor hipocondriace** 258
Modelul cognitiv al tulburărilor hipocondriace 259
Reacțiile comportamentale 261
Tehnicile psihoterapeutice utilizate în cazul tulburărilor hipocondriace 267

VIII **Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul tulburărilor obsesiv-compulsive** 279
Modelul cognitiv al tulburării obsesiv-compulsive 281
Evaluarea reacțiilor comportamentale 287
Tehnici psihoterapeutice utilizate în cadrul tehnicilor obsesiv-compulsive 291
Destructurarea modelului patologic al gândirii necontrolate 300

IX **Psihoterapia cognitiv-comportamentală în alte tipuri de cazuri dificile: parasuicid, suicid, tulburări ale conduitei alimentare** 305
Psihoterapia pacienților cu conduite parasuicidare 305
Terapia cognitiv-comportamentală la pacienții suicidari 314
Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările conduitei alimentare 328

X **Psihoterapia cognitiv-comportamentală în depresii** 345
Modelul cognitiv al depresiei 347
Caracteristicile psihoterapiei cognitiv-comportamentale în depresii 348

BCU IASI - UNIVERSITY LIBRARY

Strategiile cognitiv-comportamentale de psihoterapie în depresie....354
Psihoterapia cognitivă pentru persoanele cu tulburare depresivă cronică persistentă....367

XI **Detectarea precoce și terapia cognitiv-comportamentală la pacienții cu risc psihotic**....383
Modelul cognitiv al tulburării psihotice....391
Strategii de intervenție terapeutică la pacienții cu risc psihotic....393
Strategiile de intervenție terapeutică....397
Combaterea tendințelor de izolare socială....417
Prevenirea recăderilor....419

XII **Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul crizelor psihologice**....421
Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul crizelor psihologice apărute la copii și adolescenți....421
Consilierea și terapia crizelor specifice vârstei înaintate....428
Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul tulburării posttraumatice de stres....440
Consiliere și psihoterapie cognitiv-comportamentală în cazul crizelor produse de abuzul de substanțe psihoactive....476
Intervenția cognitiv-comportamentală în cazul crizelor pacienților cu afecțiuni somatice....489
Consilierea și terapia cognitiv-comportamentală bazată pe rezolvarea de probleme la pacienți cu tulburări psihice diagnosticați de medicul de familie....502

XIII **Cuplul și familia în criză: abordări cognitiv-comportamentale**....511
Managementul crizelor în relațiile de cuplu....511
Terapia și consilierea cognitiv-comportamentală în cazul crizelor generate de divorț....526
Terapia și consilierea psihologică în cazul crizelor generate de tulburările sexuale....534
Consilierea cognitiv-comportamentală în alte tipuri de crize familiale....551

XIV **Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările de personalitate**....563
Tulburările de personalitate....563

BCU IASI UNIVERSITY LIBRARY

Teorii cognitive ale tulburărilor de personalitate 571
Modelul cognitiv al tulburărilor de personalitate realizat de Young (1990) 586
Metodele psihoterapiei cognitiv-comportamentale pentru pacienţii cu tulburări de personalitate 590

Bibliografie 706

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I
Abordarea comportamentală în psihoterapie și consilierea psihologică

Terapia comportamentală include o serie de tehnici având scopul de a-i determina pe oameni să-și modifice comportamentul. Multe dintre tehnicile recente includ și strategii cognitive care au condus la apariția orientării cognitiv-comportamentale în consiliere și psihoterapie.

Orientarea comportamentală s-a structurat în perioada anilor 1950–1960 ca o reacție la perspectiva psihanalitică dominantă până atunci și a apărut aproape simultan în Statele Unite, Marea Britanie și Africa de Sud (Corey, 2001, p. 256). În ciuda opoziției și criticilor realizate de psihanaliști, noua orientare terapeutică a fost capabilă să supraviețuiască, demonstrând eficiența metodelor de condiționare în modificarea comportamentului și constituind o alternativă la terapia tradițională. Începând din anul 1960, Albert Bandura a dezvoltat teoria învățării care combină tehnicile condiționării clasice și operante cu învățarea observațională. După această perioadă au apărut o serie de școli terapeutice cognitiv-comportamentale dintre care menționăm terapia rațional-emotivă a lui Elis, terapia cognitivă a lui Beck, strategiile de inoculare a stresului și antrenamentul de autoinstruire puse la punct de Meichenbaum. Începând cu anii '70 terapia comportamentală a devenit o orientare dominantă în psihologie, cu multiple aplicații în domeniul educației, psihoterapiei, psihiatriei, asistenței sociale, dar și în domeniul industriei și afacerilor. Deși implică strategii diferite, terapiile comportamentale au câteva caracteristici comune: focalizarea asupra comportamentului, accentul pus pe tehnicile de învățare și evaluarea riguroasă a rezultatelor (Kazdin, 1994). La ora

B.C.U. "M. EMINESCU" IAȘI

actuală, în cadrul orientării comportamentale un loc central îl ocupă terapia cognitiv-comportamentală care pune un accent deosebit pe rolul factorilor cognitivi în înțelegerea și modificarea comportamentului subiecților. Acești factori, cum ar fi, de pildă, vorbirea interioară, sunt considerați mediatori ai schimbărilor în plan comportamental (Bandura, 1969, 1986, Bech,1976, Bech și Weishaav, 1995, Fishman și Franks, 1997, Goldfried și Davidson, 1976, Lazarus, 1989, London, 1986, Mahoney, 1977, 1979, 1991, Mechenbaum, 1977, 1985). Principiul de bază al orientării comportamentale în psihoterapie postulează faptul că ființa umană este producătorul și produsul mediului său înconjurător.

Dacă teoreticienii comportamentaliști de orientare radicală excludeau posibilitatea autodeterminării și libertății ființei umane, orientarea modernă actuală încurajează tehnicile care conferă clientului autocontrol și autonomie. Modificările realizate în plan comportamental contribuie la îmbogățirea repertoriului deprinderilor de a face față problemelor vieții, rezultatul fiind o multitudine de posibilități de răspuns într-o situație dată. Eliminând comportamentele dezadaptative care limitează alegerile, oamenii devin liberi să realizeze mai multe opțiuni care înainte nu le erau accesibile.

Din punct de vedere filosofic, orientarea comportamentală și cea umanistă au părut diametral opuse inițial, dar lucrările comportamentaliștilor contemporani au construit nenumărate punți între cele două orientări care, în cele din urmă, ar putea fuziona. Orientarea comportamentalistă limitată, bazată pe modelul stimul-reacție, a fost criticată inițial de Bandura (1974, 1977, 1986), părintele teoriei învățării sociale. Acesta respinge modelul mecanicist și determinist al comportamentului uman datorită faptului că se bazează exclusiv pe determinări de natură exterioară (din mediu).

Mulți autori care au urmat (Kazdin, 1994; Mechenbaum, 1977; Thoresen și Coates, 1980; Watson și Tharp, 1997) au utilizat tehnici comportamentale pentru a atinge obiective umaniste (evoluția ființei umane). Thoresen și Coates (1980) identifică trei mari direcții care fac posibilă convergența între orientarea umanistă și cea comportamentalistă în psihoterapie:

– considerarea terapiei ca fiind un demers orientat spre acțiune și nu ca o introspecție, mai curând pasivă, asupra problemelor care îi frământă pe clienți;

– preocuparea crescândă a terapeuților comportamentaliști în legătură cu maniera în care evenimentele externe sunt mediate de factori subiectivi, de natură cognitivă sau emoțională;
– accentul crescut pus asupra responsabilității personale în raport cu propriul comportament.

Odată înarmați cu tehnici de autoreglare a comportamentului, oamenii devin capabili să-și amelioreze semnificativ calitatea vieții.

Principiile și postulatele terapiei comportamentale

Spiegler și Guevremont (1998) ne prezintă câteva caracteristici ale terapiei comportamentale:

1. Terapia comportamentală are la bază principii științifice derivate din cercetarea experimentală din domeniul învățării, principii bazate pe date de observație și nu pe convingeri personale.

Principiile învățării se aplică în mod sistematic pentru a-i ajuta pe oameni să se debaraseze de comportamentele dezadaptative. Obiectivele tratamentului sunt exprimate în termeni concreți și obiectivi care fac posibilă repetarea intervenției terapeutice. În timpul terapiei sunt evaluate comportamentele problematice, precum și condițiile care contribuie la menținerea acestora. Eficiența metodelor de evaluare și intervenție este verificată prin intermediul unor metode de cercetare științifică. Conceptele care stau la baza demersului terapeutic și strategiile de intervenție sunt exprimate în mod explicit, testate empiric și revizuite permanent.

2. Terapia comportamentală se ocupă de problemele curente ale clienților și de factorii care le influențează în prezent, fără a pune accent pe perspectiva istorică. Tehnicile comportamentale sunt aplicate pentru a modifica factorii actuali relevanți care influențează comportamentul clienților.

3. Clienții joacă un rol activ în cursul terapiei, angajându-se în diverse acțiuni menite să-i ajute să-și rezolve problemele și nu doar să vorbească despre acestea. Ei își monitorizează comportamentele atât în timpul, cât și în afara ședințelor de psihoterapie, învață și exersează

BCU CLUJ UNIVERSITY LIBRARY

noi modele de comportament și noi strategii de a face față problemelor existenței.

4. Terapia comportamentală se desfășoară pe cât posibil în mediul natural al clientului. Abordarea terapeutică are la bază principiile învățării, clientul însușindu-și deprinderile de autoreglare a comportamentului, deprinderi care vor fi transferate în viața de zi cu zi. Sarcinile și temele pentru acasă reprezintă un element important al terapiei comportamentale.

5. Terapia comportamentală pune accent pe tehnicile de autocontrol comportamental. Clienții sunt instruiți să inițieze, să realizeze și să evalueze demersul terapeutic, fiind responsabili de propria lor schimbare.

6. Tehnicile terapeutice sunt astfel construite, încât să se potrivească fiecărui client în parte.

7. Demersul terapeutic presupune un proces de colaborare între client și terapeut, acesta din urmă informând permanent clientul cu privire la natura și progresele terapiei.

La aceste caracteristici Corey (2001) mai adaugă câteva:

8. Psihoterapia evoluează de la simplu la complex, de la situații facile la unele dificile și de la unele mai puțin amenințătoare la unele amenințătoare.

9. Demersul terapeutic comportamental este relativ scurt, incluzând mai puține ședințe de psihoterapie și un interval de timp mai puțin extins, comparativ cu alte sisteme terapeutice.

10. Tehnicile terapeutice se combină în anumite pachete de strategii în vederea creșterii eficienței psihoterapiei.

Obiectivele terapeutice ocupă un loc central în cadrul psihoterapiei comportamentale. Obiectivul central constă în a crea noi condiții pentru învățare pornindu-se de la supoziția că procesul de învățare poate ameliora comportamentul problematic. Clientul este cel care fixează obiectivele specifice terapiei sub directa îndrumare a terapeutului sau consilierului. Evaluări realizate pe parcursul terapiei evidențiază măsura în care obiectivele au fost atinse. Subliniem încă o dată faptul că obiectivele terapeutice trebuie să fie precise, concrete, clar formulate, măsurabile, înțelese și acceptate de client. Acestea rezultă în urma unor negocieri realizate între client și terapeut și sunt exprimate sub forma unor contracte terapeutice care ghidează demersul psihoterapeutic.

Cornier și Cornier (1998, pp. 228–231) descriu etapele selectării și definirii obiectivelor terapeutice:

- terapeutul oferă clientului motivația pentru stabilirea unor scopuri, explică necesitatea stabilirii acestora, precum și rolul lor în cursul terapiei și subliniază faptul că pacientul trebuie să joace un rol activ în cadrul acestui demers;
- clientul denumește modificările pozitive pe care le așteaptă de pe urma terapiei;
- atenția este focalizată asupra a ceea ce clientul dorește să realizeze și nu asupra a ceea ce el nu dorește să facă;
- clientul împreună cu terapeutul stabilesc dacă aceste obiective aparțin cu adevărat clientului și dacă au un caracter realist;
- se discută avantajele și dezavantajele (beneficiile și costurile) demersului de atingere a obiectivelor;
- clientul și terapeutul cad de acord dacă vor continua demersul de atingere a obiectivelor stabilite sau le vor reformula;
- odată stabilite obiectivele, începe demersul de definire a acestora.

Vor fi discutate conduitele asociate cu atingerea lor, condițiile necesare pentru schimbarea conținutului obiectivelor intermediare, precum și planurile de acțiune menite să conducă la atingerea obiectivelor.

Rolul terapeutului în cadrul terapiei comportamentale

Terapeuții comportamentaliști utilizează tehnici comune altor abordări cum ar fi: reflecția, clarificarea, rezumarea, întrebările deschise, dar și unele specifice. Astfel, după Spiegler și Guevremont (1998), terapeutul comportamentalist deține următoarele atribuții:

- culege în mod sistematic informații referitoare la antecedentele cu caracter situațional, amploarea și dimensiunile problemei în plan comportamental, precum și la consecințele acestora;
- clarifică împreună cu clientul problemele acestuia;
- planifică și stabilește comportamentele-țintă;
- formulează împreună cu clientul obiectivele terapiei;
- identifică acele condiții care mențin problema;

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- implementează planul de schimbare;
- evaluează succesele demersului terapeutic;
- conduce viitoarele demersuri de evaluare.

Să presupunem, de pildă, că o pacientă se prezintă la psihoterapie pentru agorafobia care o împiedică să iasă din casă. Terapeutul va începe prin a analiza natura anxietății care o împiedică pe clientă să părăsească locuința. Acesta o va interoga în legătură cu modul în care percepe anxietatea, când a apărut aceasta și ce anume întreprinde în astfel de situații. Vor fi obținute informații în legătură cu gândurile care îi vin în minte, trăirile afective și consecințele problemei-simptom asupra existenței sale. Vor fi stabilite apoi obiectivele terapiei și vor fi puse în acțiune strategiile menite să reducă anxietatea până la un nivel controlabil. Terapeutul împreună cu clientul vor evalua pe parcursul psihoterapiei măsura în care au fost îndeplinite obiectivele terapeutice stabilite.

Un alt rol important al terapeutului comportamentalist constă în modelarea comportamentului. Bandura (1969, 1986) era de părere că achizițiile obținute în urma învățării directe pot fi atinse și prin intermediul observării comportamentului celorlalți. Datorită acestui fapt, clientul va putea să-și însușească noi modele de comportament prin intermediul imitației, terapeutul reprezentând un model de urmat. Deoarece clienții îl investesc pe terapeut cu autoritate, ei își vor modela atitudinile, convingerile și valorile imitându-l pe acesta.

Așa cum am mai subliniat, demersul terapeutic de tip comportamentalist se caracterizează, printre altele, și prin rolul activ jucat atât de terapeut, cât și de client. Terapeutul va fi cel care îl va învăța pe client noi modalități de comportament prin intermediul jocului de rol, modelării, repetărilor în plan comportamental, precum și al feedbackurilor cu privire la progresele înregistrate pe parcurs. Clientul va primi diverse sarcini pentru acasă (de pildă monitorizarea comportamentului problematic). Clientul trebuie să fie puternic motivat să coopereze atât în timpul ședințelor de psihoterapie, cât și în afara acestora, pentru că — în caz contrar — progresele terapiei sunt limitate. Pacientul este încurajat să experimenteze noile deprinderi pentru a face față problemelor vieții, pentru a-și lărgi repertoriul de comportamente cu caracter adaptativ și a transfera cele învățate în viața cotidiană. Terapia este considerată încheiată doar atunci când noile deprinderi de autoreglare psihică au fost generalizate și pot fi utilizate de client în afara terapiei.

BCU "Lucian Blaga" Cluj-Napoca LIBRARY

Este evident faptul că demersul terapeutic nu se va reduce la un simplu „insight" (iluminare) cu privire la natura problemelor clientului, ci va presupune implementarea unor noi modele de comportament. Obiectivele terapiei sunt formulate în termeni concreți și măsurabili, fapt ce permite atât clientului, cât și terapeutului să evalueze progresele terapiei, ambii putând conștientiza momentul în care terapia poate să se încheie.

În cadrul terapiilor de orientare comportamentală nu se pune un accent deosebit asupra relației client–terapeut, ca în cazul terapiilor psihodinamice sau umaniste; factori cum ar fi căldura afectivă, empatia, comunicarea autentică, caracterul permisiv și de acceptare din cadrul relației terapeutice fiind considerați factori necesari, dar nu suficienți pentru ca schimbarea să aibă loc. Studiile clinice au evidențiat însă faptul că relația terapeut–client, chiar și în cazul terapiei comportamentale, poate contribui în mod esențial la procesul de schimbare (Granvold și Wodanski, 1994). Astfel, o bună relație terapeutică va oferi șansele creșterii receptivității clientului la demersul terapeutic. Nu este important numai modul în care clientul cooperează la psihoterapie, ci și expectațiile acestuia în legătură cu un final pozitiv, expectații care vor funcționa în calitate de autosugestii pozitive. Terapeutul de orientare comportamentală joacă un rol activ, obiectiv și suportiv în cadrul demersului terapeutic.

Strategiile și tehnicile specifice psihoterapiei comportamentale

1. Evaluarea

Evaluarea începe cu evidențierea problemelor și simptomelor clientului, a antecedentelor legate de acestea, precum și a consecințelor lor. Clientul va monitoriza frecvența și intensitatea problemelor-simptom, aceste monitorizări devenind un instrument al psihoterapiei care permite alcătuirea unor planuri terapeutice și evaluarea efectelor strategiilor aplicate. Instrumentele de evaluare includ inventarele și scalele de autoevaluare, precum și tehnici bazate pe

observația directă. Unul din punctele forte ale terapiei comportamentale constă în aceea că evaluările și autoevaluările realizate permanent pe parcursul terapiei permit depistarea rapidă a oricărei erori cât de mici apărute în cadrul demersului terapeutic. Schimbările în sfera comportamentală nu se produc după principiul „totul sau nimic", ci gradat, în unele sectoare ale vieții, în timp ce altele pot rămâne neschimbate.

Tehnicile terapeutice sunt incluse în cadrul unor planuri de tratament și au un caracter eclectic. Lazarus (1989, 1992 b, 1996 b, 1977 a) este de părere că pot fi utilizate cu succes diverse metode de terapie, indiferent de fundamentarea lor teoretică. În viziunea sa, cu cât este mai extinsă aria strategiilor utilizate, cu atât terapeutul este mai eficient. De asemenea, tehnicile utilizate nu sunt alese la întâmplare dintr-un „pachet" de strategii, ci sunt special combinate ținând seama de problematica fiecărui subiect în parte, terapeutul dând dovadă de creativitate în realizarea acestor selecții.

2. Tehnicile de relaxare

Relaxarea a devenit o tehnică larg răspândită și foarte mult apreciată care îi ajută pe subiecți să facă față stresului vieții cotidiene. Relaxarea reprezintă o metodă de autoreglare care presupune destinderea musculară și calmare psihică. Există o multitudine de tehnici de relaxare; în Europa, cea mai cunoscută este metoda antrenamentului autogen a lui Schultz (1930), iar în SUA, tehnica relaxării progresive, propusă de Jacobson (1938). După învățarea relaxării este necesar ca aceasta să fie practicată zilnic de către pacienți pentru a obține rezultatele scontate.

La ora actuală se utilizează tehnici de relaxare eclectice combinate adesea cu alte strategii de tip comportamental cum ar fi desensibilizarea sistematică, antrenamentul asertiv, programe de „self-management", relaxare prin intermediul unor dispozitive bazate pe bio-feedback, meditație sau imaginație dirijată cu autosugestii. Studiile clinice au evidențiat faptul că hipnoza, considerată de specialiști ca o relaxare mai profundă, contribuie la obținerea unor rezultate mai rapide și mai durabile în terapia comportamentală.

Corey (2001) este de părere că însușirea unei tehnici simple de relaxare durează între 4 și 8 ore de lucru sub îndrumarea terapeutului. Odată însușită, relaxarea devine o deprindere care, dacă este practicată zilnic, timp de 15–25 de minute, conduce la o odihnă economi-

că, la reducerea anxietății și efectelor negative ale stresului, la echilibrare în plan psihosomatic și la optimizarea performanțelor în activitatea profesională. Dacă la început relaxarea a fost utilizată mai ales ca o parte a desensibilizării sistematice, aplicațiile acesteia s-au extins treptat la terapia tulburărilor anxioase, fobice, cardiovasculare, respiratorii, a migrenelor și tulburărilor de somn.

3. Desensibilizarea sistematică

Strategia comportamentală elaborată de Joseph Wolpe (1958) cere clientului să-și imagineze situații din ce în ce mai anxiogene. Clientul își însușește o tehnică de relaxare și apoi i se cere ca în această stare să-și imagineze situații progresiv-anxiogene. Treptat, acesta devine tot mai puțin sensibil la stimulii care îi produceau înainte anxietate. Tehnica poate fi considerată o metodă de expunere pentru că subiecților li se cere să se confrunte în plan mental cu imagini care produc anxietate. În cursul interviului preliminar terapeutul va culege informații referitoare la anxietate și la condițiile în care se manifestă aceasta.

Etapele desensibilizării sistematice sunt următoarele (Morris, 1986):

- însușirea unei tehnici de relaxare;
- alcătuirea unei ierarhii care să cuprindă situații anxiogene, de la cea mai puțin anxiogenă până la cea mai anxiogenă;
- desensibilizarea propriu-zisă.

Antrenamentul de relaxare se realizează prin intermediul unei versiuni modificate a tehnicii lui Jacobson (1938), descrisă în detaliu de Wolpe (1990). După ce și-a însușit relaxarea musculară, clientului i se cere să-și imagineze scene agreabile (de pildă, că se află la munte întins în iarbă, urmărind alunecarea norilor pe un cer albastru etc.). I se cere apoi să practice relaxarea și acasă, timp de 30 de minute. Ulterior, se va lucra asupra alcătuirii listei cu situații anxiogene, de intensitate progresiv crescătoare. Astfel, de exemplu, pentru un client suferind de fobie socială, cu teamă de respingere, situația cea mai anxiogenă poate fi reprezentată de respingerea de către partenera de viață, următoarea, de respingerea de către un prieten apropiat, succedată de cea a unui coleg de serviciu, cel mai puțin anxiogenă fiind ignorarea subiectului de către o persoană necunoscută întâlnită la o petrecere.

Desensibilizarea propriu-zisă începe după câteva ședințe în care clientul și-a însușit tehnica de relaxare și a alcătuit ierarhia stimulilor anxiogeni. La început, i se cere clientului să se relaxeze cu ochii

închiși, după care i se cere să-și imagineze o scenă neutră. Apoi acesta va trebui să-și imagineze scena cel mai puțin anxiogenă din cadrul listei. Terapeutul îl va ghida progresiv cerându-i să-și imagineze scene cât mai anxiogene până când clientul semnalează că simte anxietatea, moment în care scena este întreruptă. Se induce din nou starea de relaxare, după care se reiau scenele anxiogene din cadrul ierarhiei. Tratamentul se consideră încheiat atunci când clientul reușește să rămână relaxat în timp ce își imaginează scena cea mai anxiogenă.

Pentru ca tehnica să fie încununată de succes este necesar ca subiectul să realizeze și anumite teme pentru acasă care constau în practicarea relaxării și vizualizarea scenelor asupra cărora s-a lucrat în timpul ședințelor de terapie. Treptat, clienții vor ajunge să se confrunte și cu situații reale de viață pentru a-și controla anxietatea. Metoda s-a dovedit utilă și în tratamentul anxietății și fobiilor, obsesiilor, anorexiei nervoase, dar și al balbismului, tulburării imaginii corporale și chiar al depresiilor ușoare.

Tehnica desensibilizării sistematice este bine acceptată de clienți, pentru că aceștia sunt expuși gradat și simbolic la situații anxiogene. Ei dețin controlul demersului terapeutic, putând încheia expunerea atunci când anxietatea depășește pragul lor de toleranță.

4. Strategiile de expunere

Spre deosebire de desensibilizarea sistematică, în cazul acestora expunerea se realizează în plan real. Se cunosc două variante ale strategiilor de expunere: desensibilizarea „in vivo" și metoda inversiunii. Desensibilizarea „in vivo" presupune confruntarea cu situații progresiv tot mai anxiogene în planul vieții reale. Clienții pot încheia experiența de expunere atunci când anxietatea devine intolerabilă. Expunerea poate fi realizată împreună cu terapeutul sau cu o persoană de sprijin, special instruită. Aceasta va însoți clientul în călătorii cu metroul sau îl va ajuta să se confrunte progresiv cu obiectul fobiei sale. În cazul în care poate fi realizată efectiv, desensibilizarea în plan real este mai eficientă decât cea realizată în plan imaginar pentru că generalizarea la situațiile de viață se produce mai repede, rezultatele fiind mai stabile în timp.

Metoda inversiunii („flooding") constă într-o expunere prelungită în plan real sau imaginar la stimulii generatori de anxietate, fără declanșarea unor comportamente de reducere a acesteia. Ideea care

stă la baza acestei tehnici constă în aceea că și în cazul în care clientul trăiește o stare de anxietate intensă consecințele de care acesta se teme nu se produc cu adevărat.

Tehnica imersiunii în plan imaginativ are avantajul că nu presupune niciun fel de restricție referitoare la situațiile anxiogene, la care expunerea în plan real poate fi nu numai imorală, dar adesea chiar imposibilă, cum ar fi expunerea la situații de incendiu, viol sau catastrofă aeriană. Expunerea imaginară poate să reproducă circumstanțele în care a avut loc trauma, fără a avea însă consecințe negative concrete pentru client. Astfel, de pildă, supraviețuitorii unui accident aviatic pot prezenta o serie de simptome psihopatologice cum ar fi coșmaruri, reamintiri obsedante ale evenimentului, fobie de a zbura cu avionul, anxietate sau depresie. În cazul acestora, desensibilizarea prin tehnica imersiunii în plan imaginar i-ar putea ajuta să revină la starea normală.

Tehnica imersiunii și-a dovedit utilitatea în tratamentul tulburărilor anxioase, agorafobiei, fobiilor specifice și tulburărilor obsesiv-compulsive de stres. Deși eficientă, metoda este evitată de unii subiecți din cauza disconfortului generat de expunerea prelungită la situații anxiogene. Tehnicile de expunere nu sunt totdeauna suficiente pentru tratamentul anxietății, în cazul unor tulburări mai complexe fiind necesară combinarea acestora cu alte strategii terapeutice.

5. Desensibilizarea și reprocesarea prin metoda mișcărilor oculare (DRMO)

Tehnica a fost elaborată de Francine Shapiro (1995) și include o serie de tehnici comportamentale combinate cu utilizarea mișcărilor ritmice ale globilor oculari, tehnici utilizate în tratamentul amintirilor cu caracter traumatic. Metoda a fost aplicată asupra victimelor abuzurilor sexuale, șocurilor produse de confruntări militare, asupra supraviețuitorilor unor agresiuni sau accidente, dar și la clienți suferind de anxietate, atacuri de panică, depresie, reacții de doliu, fobii sau adicții (Shapiro, 1995). Cercetările cele mai complexe au fost realizate în cazul tulburărilor posttraumatice de stres.

Corey (2001, p. 271) prezintă etapele metodei desensibilizării și reprocesării prin metoda mișcărilor globilor oculari. Metoda are drept obiectiv restructurarea în plan cognitiv sau reprocesarea

informațiilor. În cadrul primei etape se realizează interviul clinic prin intermediul căruia se obțin informații cu privire la istoria vieții clientului. Se elaborează apoi planul de tratament care cuprinde definirea și conceptualizarea problemelor clientului și stabilirea obiectivelor terapeutice. Se insistă asupra amintirilor cu conținut negativ care generează simptome psihopatologice, asupra situațiilor prezente care favorizează menținerea simptomelor, precum și asupra deprinderilor și modelelor de comportament cu caracter adaptativ care îi sunt necesare clientului pentru o bună funcționare în plan individual și social.

– Etapa de pregătire cuprinde formarea alianței terapeutice și explicarea modului în care funcționează metoda care va fi aplicată. Sunt discutate expectațiile și eventualele îngrijorări ale clientului care va învăța o tehnică de relaxare.

– Etapa de evaluare își propune identificarea obiectivelor-țintă, a amintirilor traumatice care generează anxietate. Se identifică reacțiile emoționale fiziologice, imaginile și cognițiile cu conținut negativ asociate cu evenimentul traumatic, precum și gândurile și convingerile realiste care ar putea contribui la reducerea anxietății.

– Etapa de desensibilizare presupune vizualizarea imaginilor cu caracter traumatizant, verbalizarea gândurilor și convingerilor negative și conștientizarea senzațiilor fiziologice. Expunerea este limitată în timp și nu durează mai mult de un minut, după care se declanșează o nouă asociație. În timpul acestui demers, clientul este instruit să urmărească degetul arătător al terapeutului care se mișcă ritmic și rapid în fața ochilor clientului de aproximativ 12 până la 24 de ori. În continuare, clientului i se cere să blocheze experiențele negative inspirând profund și apoi să relateze ce anume își imaginează, simte sau gândește.

– Etapa implementării și consolidării cogniților pozitive care au fost inițial identificate ca înlocuitoare ale celor negative. De exemplu, victima unui viol poate nutri convingerea negativă: „Ar fi trebuit să mă lupt mai mult sau să fug", convingere ce poate fi înlocuită cu afirmații de tipul următor: „Acum dețin controlul asupra situației" sau „În acele condiții am făcut ceea ce era omenește posibil". Obiectivul demersului terapeutic constă în realizarea unei asocieri între evenimentul traumatic și cogniții cu conținut adaptativ în așa fel încât amintirile traumatizante să nu mai aibă forța de a produce anxietate și gânduri negative.

– În etapa a cincea, după implementarea cogniţiilor pozitive, clientului i se cere să vizualizeze din nou evenimentul traumatic împreună cu gândurile și convingerile pozitive și apoi să-și scaneze corpul prin intermediul atenţiei îndreptate spre interior și să identifice tensiunile musculare existente. Tehnica și-a atins obiectivul când clientul reușește să vizualizeze evenimentul traumatic și, în același timp, să declanșeze cogniţii cu conţinut pozitiv și să-și simtă corpul relaxat. Clientului i se va trasa sarcina ca, în timpul temelor pentru acasă, să vizualizeze evenimentul negativ, respectiv imaginile, emoţiile și gândurile care îl însoţesc. Acesta va ţine un jurnal în care va nota toate aspectele psihologice negative. De asemenea, între ședinţele de terapie, acesta va trebui să practice o tehnică de relaxare, imaginaţia dirijată, meditaţia, respiraţia controlată și automonitorizarea propriilor trăiri.

Evaluarea rezultatelor trebuie realizată la începutul fiecărei ședinţe de psihoterapie, când se analizează temele pentru acasă sub aspectul progreselor obţinute. Urmează redefinirea problemelor clientului, stabilirea unor noi obiective terapeutice și continuarea practicării tehnicilor de desensibilizare, restructurare cognitivă și automonitorizare. Rezultatele terapiei sunt evaluate de client și terapeut în cadrul unui demers de tip colaborativ. În opinia noastră, tehnica desensibilizării și reprocesării prin intermediul mișcărilor globilor oculari include elemente de hipnoză clinică, acestea contribuind la sporirea eficienţei sale.

6. Antrenamentul asertiv

Acesta reprezintă o tehnică de antrenare a abilităţilor sociale și se adresează persoanelor cărora le lipsesc abilităţile sociale sau au dificultăţi în stabilirea unor relaţii interpersonale acasă, la locul de muncă, la studii sau în perioadele de petrecere a timpului liber. Antrenamentul sau psihoterapia asertivă este utilă pentru următoarele categorii de subiecţi (Corey, 2001):

- cei care nu sunt capabili să-și exprime iritarea sau mânia;
- cei care au dificultăţi în a spune „nu";
- cei excesiv de politicoși care îi lasă pe ceilalţi să profite de pe urma lor;
- cei cărora le este greu să-și exprime dragostea sau alte sentimente pozitive;
- cei care consideră că nu au dreptul să-și exprime gândurile, convingerile sau sentimentele.

Supoziția care stă la baza antrenamentului asertiv este că oamenii au dreptul, dar nu și obligația de a se autoexprima.

Obiectivele antrenamentului asertiv sunt următoarele:

- lărgirea repertoriului de comportamente cu caracter adaptativ care să permită subiecților să decidă când anume trebuie să se comporte în mod asertiv;
- învățarea acestora să se exprime pe ei înșiși ținând seama de sentimentele și drepturile celorlalți, pentru că asertivitatea nu presupune agresivitate.

Persoanele asertive își apără drepturile fără însă a le încălca pe ale celorlalți. Majoritatea programelor de dezvoltare a asertivității au la bază principiile terapiei cognitiv-comportamentale care postulează faptul că oamenii nu se comportă asertiv deoarece nutresc gânduri și convingeri negative disfuncționale cu privire la faptul că nu au dreptul să-și exprime sentimentele sau ideile sau că nu merită un tratament bun din partea celorlalți. Un astfel de mod de gândire conduce la pasivitate. Tehnicile de antrenament asertiv nu se mulțumesc să înarmeze subiecții doar cu metode de a face față unor situații dificile, ci contribuie și la modificarea gândurilor și convingerilor disfuncționale care stau în calea asertivității, acestea fiind înlocuite cu afirmații mai constructive.

Deși antrenamentul se poate realiza și individual, Alberti și Emnons (1995 a) consideră că acesta este mai eficient dacă se desfășoară în grup. Avantajele lucrului în grup sunt următoarele:

- grupul creează condiții pentru experimentarea noilor modele de comportament achiziționate;
- în grup subiectul primește ghidare, sprijin și feedbackuri nu numai de la terapeut, ci și de la ceilalți membri ai grupului;
- deoarece antrenamentul asertiv are ca obiectiv procesarea terapeutică a anxietății specifice situațiilor psihosociale, grupul permite subiecților depășirea acestor dificultăți într-un mediu securizant.

7. Programele de „self-management" și de comportament autodirijat (Corey, 2001, p. 275)

Aceste programe au drept scop să-i învețe pe clienți tehnici de reglare și autoreglare psihică în scopul de a-și conduce existența într-un mod mai eficient. Strategiile de „self-management" au pătruns în do-

meniul terapiei și mai ales în cel al consilierii psihologice începând cu anii '70 și cuprind metode de automonitorizare, autorecompensare, contracte realizate cu propria persoană și controlul stimulilor. Ideea care stă la baza acestor programe constă în aceea că oamenii trebuie să învețe diverse strategii de a rezolva situații problematice, aceștia asumându-și responsabilitatea punerii lor în aplicare în viața de zi cu zi. Clienții care urmează cursuri de „self-management" sunt cei care decid ce comportament ar dori să modifice (fumatul, consumul de alcool sau droguri, mâncatul excesiv etc.). Aceștia descoperă, de regulă, faptul că ceea ce îi împiedică să-și atingă obiectivele este lipsa anumitor deprinderi de viață.

Cornier și Cornier (1998) prezintă caracteristicile unui program eficient de „self-management":

- o combinație de metode și tehnici este de cele mai multe ori mai eficientă decât aplicarea unei singure strategii;
- strategiile de „self-management" trebuie utilizate cu regularitate o perioadă suficient de lungă de timp pentru a se obține rezultate evidente;
- clienții trebuie să-și stabilească obiective realiste și să evalueze permanent maniera în care acestea sunt îndeplinite;
- utilizarea metodei autoîntăririlor reprezintă un element important în cadrul programelor de „self-management";
- un anumit nivel de suport social este necesar pentru menținerea schimbărilor care au fost obținute.

Programele de comportament autodirijat reprezintă o variantă a celor de „self-management". Watson și Tharp (1997) ne propun un astfel de program care cuprinde patru trepte:

1. Stabilirea obiectivelor

Terapeutul consilier împreună cu clientul vor cădea de acord în legătură cu schimbările comportamentale dorite. Se va lucra asupra fiecărui obiectiv în parte, acestea fiind abordate pe rând. Obiectivele trebuie să fie posibil de atins, măsurabile, exprimate pozitiv și semnificative pentru client.

2. Transformarea obiectivelor în comportamente-„țintă"

Pentru a realiza acest, lucru clientul va trebui să răspundă la întrebarea: ce tip de comportament aș dori să crească sau să scadă în frecvență?

3. Automonitorizarea

Clientul va fi instruit să-și observe și să-și noteze în mod sistematic și deliberat comportamentele prin intermediul unor jurnale în care se va nota nu numai frecvența și intensitatea unui comportament specific, ci și elemente legate de antecedentele, cauzele și consecințele acestuia.

4. Stabilirea unor planuri care să cuprindă strategii de schimbare

Acest stadiu va începe cu o comparație între datele obținute în urma automonitorizării unui comportament și standardele clientului referitoare la comportamentele dezirabile. Clienții vor realiza apoi o evaluare a modificărilor pe care doresc să le obțină în plan comportamental și vor declanșa acțiuni menite să conducă la schimbările respective.

Tehnica autoîntăririi este utilizată apoi pentru a facilita implementarea noilor metode de comportament în viața cotidiană. Planul de acțiune este revizuit și adaptat în mod continuu, pe măsură ce sunt culese informații care prezintă aspectele pozitive sau dificultățile aplicării strategiilor de schimbare.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

II
Terapia cognitivă: metode și tehnici

Derubeis, Tang și Beck (2003) subliniază faptul că bazele teoretice și strategiile terapiei cognitive au evoluat în ultimele cinci decenii începând cu studiile lui Beck (1963) asupra clienților depresivi. Deși aflat inițial pe poziții psihanalitice, autorul a constatat că formulările psihodinamice asupra sindromului depresiv sufereau de o serie de neajunsuri. Pornind de la acestea, Beck a elaborat un model cognitiv al depresiei, care punea accentul pe gândurile negative și pe distorsionările cognitive care se întâlneau frecvent în discursurile depresiilor. Autorul a subliniat faptul că aspectele cognitive sunt mai importante și mai verificabile în cazul depresiei decât procesele motivaționale dinamice postulate de psihanaliză.

Mai precis, Beck susține faptul că la persoanele depresive funcționează mecanisme distorsionate de procesare a informației, mecanisme care au drept rezultat o viziune negativă a clientului asupra propriei persoane, a viitorului și a lumii în general. Aceste conținuturi cognitive stau la baza simptomelor comportamentale afective și motivaționale ale depresivului.

Modelul cognitiv al depresiei postulează faptul că, pentru înțelegerea unei tulburări emoționale, terapeutul și clientul trebuie să se concentreze prioritar asupra conținutului cognitiv care însoțește reacția clientului la un eveniment negativ. Valoarea euristică și terapeutică a modelului cognitiv constă în accentul acordat unor instanțe psihice ușor de accesat, de natură conștientă sau preconștientă, clientul fiind învățat să le controleze. Modelul nu ține seama de motivațiile de natură inconștientă, care trebuie evidențiate în cadrul demersului psihanalitic.

În cursul terapiei cognitive este accesată așa-numita „triadă cognitivă" care se referă la gândurile și convingerile negative ale clientului cu privire la propria persoană, viitor și lume, în general (Beck,

Rush, Shaw și Emery, 1979). Terapeutul pornește de la supoziția că tristețea, lipsa motivației și ideile suicidare își au originea în problemele pe care clientul consideră că le are în aceste domenii. Relația dintre gânduri și convingeri și simptomele manifestate este valabilă nu numai în cazul depresiei, ci și în cazul celorlalte tulburări emoționale. Astfel, de pildă, cogniţiile subiecţilor anxioși se referă la posibile amenințări și dezastre viitoare.

Psihoterapia cognitivă este focalizată pe convingerile clientului care pot fi expectații, evaluări sau atribuiri ale cauzelor sau responsabilităților (Hollon și Kriss, 1984). Odată ce clientul a conștientizat conținuturile cognitive, acesta este încurajat să le considere ca pe niște ipoteze de lucru (nu ca pe niște fapte reale) care pot fi adevărate, dar nu în mod obligatoriu adevărate. Considerarea convingerilor ca fiind ipoteze de lucru reprezintă un proces de disociere sau distanțare de acestea, fapt ce permite clientului să le analizeze mai obiectiv (Hollon, 1999), putând să ajungă la un punct de vedere diferit. Odată cu schimbarea convingerilor disfuncționale și înlocuirea lor cu unele mai realiste se va produce și modificarea în sens pozitiv a stărilor afective.

Încercările repetate de a identifica și a schimba conținutul atitudinilor clientului față de evenimente au o serie de consecințe. În primul rând, îngrijorarea referitoare la evenimentele stresante scade din cauză că subiectul și-a schimbat convingerea despre consecințele lor. Acest fenomen contribuie la reducerea stărilor afective negative care rezultă în urma ruminațiilor cu conținut depresiv sau anxios. În al doilea rând, aspectul inexplicabil al stărilor afective este demitizat, clientul începând să înțeleagă ce se petrece, fapt ce-i conferă un sentiment sporit de înțelegere. Astfel, construirea unei viziuni structurate și coerente a lumii viitorului și a propriei persoane îi redă subiectului speranța că problemele sale sunt rezolvabile. În al treilea rând, clientul care a obținut succese în urma utilizării strategiilor cognitive începe să le aplice și atunci când se confruntă cu dificultățile vieții cotidiene. De asemenea, clienții care au învățat să aplice deprinderile de modificare a convingerilor negative prezintă un risc diminuat de recădere, ceea ce nu se întâmplă în cazul tratamentului psihiatric.

Studiile clinice au evidențiat faptul că terapia cognitivă are și un efect profilactic, înarmând clientul cu tehnici de management al stresului. Psihoterapia cognitivă nu acționează numai la nivel superficial

pentru reducerea simptomelor, ci și la un nivel mai profund, al schemelor cognitive de bază care reprezintă anumite stiluri de gândire caracteristice clientului (Beck, 1964, 1972, Beck, 1995, Hallon și Kriss, 1984, Persons, 1989).

Aceste structuri cognitive prin intermediul cărora clientul își organizează experiențele de viață poartă denumirea de convingeri de bază și s-au format în copilărie, în urma interacțiunilor cu persoanele semnificative. Schemele cognitive includ așa-numitele distorsionări cognitive care determină clientul să realizeze evaluări cu caracter disfuncțional care, la rândul lor, generează emoții negative și comportamente dezadaptative. Schemele cognitive îmbracă adesea forma „dacă–atunci", fiind similare credințelor iraționale identificate de Ellis („dacă nu sunt competent în toate domeniile, înseamnă că sunt un ratat") (Ellis și Hauper, 1975).

Deși nu sunt la fel de accesibile ca și gândurile negative automate care au un caracter situațional, schemele cognitive de bază devin clare pentru client și terapeut pe măsură ce se evidențiază temele constante legate de stările afective negative. Odată identificate aceste teme, clientul va fi ghidat să analizeze utilitatea acestora (avantajele și costurile menținerii lor), precum și validitatea lor. În cazul în care strategiile de provocare a schemelor cognitive permit înlocuirea acestora cu unele mai raționale, clientul începe să identifice situațiile în care aceste convingeri disfuncționle de bază acționează implicit determinând reacția sa la evenimentele perturbatoare ale existenței.

Astfel, de pildă, convingerea menționată mai sus poate fi înlocuită cu următoarea: „Dacă voi depune suficiente eforturi pentru a realiza o sarcină, voi fi mulțumit de prestația mea".

În cursul demersului terapeutic, clientul învață faptul că toți oamenii, indiferent de nivelul de inteligență, devin victime ale unor erori de logică denumite distorsionări cognitive pe care învață să le identifice în cadrul propriului stil de gândire. Odată identificată distorsionarea respectivă (gândire de tipul „totul sau nimic", suprageneralizare, etichetare, ignorarea pozitivului, desprinderea unor concluzii pripite etc.), clientul va fi ajutat să corecteze raționamentul care o include.

În cadrul terapiei cognitiv-comportamentale, clientul și terapeutul au o relație de colaborare, lucrând împreună pentru rezolvarea problemelor clientului. La rândul său, acesta din urmă va juca un rol activ,

învățând să descopere natura dificultăților sale și să le depășească prin utilizarea unor strategii terapeutice specializate. Terapeutul nu-și asumă rolul unei persoane atotștiutoare care știe de ce un anumit gând sau convingere are un caracter disfuncțional, lăsându-l pe client să realizeze acest lucru. Clientul va fi dirijat să adreseze întrebări gândurilor și convingerilor negative disfuncționale, infirmând veridicitatea lor și înlocuindu-le cu unele alternative, mai realiste. Terapeutul va avea un rol dominant, mai ales în primele etape ale terapiei, pentru a explica pacientului principiile acesteia, esența modelului cognitiv al tulburărilor emoționale, precum și modul în care operează principalele strategii terapeutice.

Strategii comportamentale

Terapia cognitivă împrumută unele metode și tehnici din cadrul terapiei comportamentale, ajungându-se în felul acesta la demersul combinat, de orientare cognitiv-comportamentală. Deși aceste strategii au drept scop stimularea activismului sau trăirea sentimentelor de satisfacție și autocontrol, terapeutul cognitivist se va concentra totdeauna asupra modificării convingerilor negative, ce poate fi obținută în urma aplicării tehnicilor de tip comportamental. Clientului i se vor explica natura și motivația sarcinilor comportamentale, subliniindu-se importanța acestora pentru testarea ipotezelor formulate, referitoare la veridicitatea gândurilor și convingerilor negative disfuncționale.

Strategiile comportamentale au un rol auxiliar în cadrul terapiei; cu toate acestea, importanța lor nu trebuie minimalizată. Prezentăm în cele ce urmează câteva dintre aceste strategii:

1. Automonitorizarea

Majoritatea clienților care încep un program de terapie cognitiv-comportamentală sunt solicitați să țină un jurnal în cadrul căruia trebuie să-și noteze activitățile și stările afective asociate cu acestea. Una dintre cele mai răspândite metode constă în evaluarea trăirilor emoționale pe o scală gradată de la 0 la 100, 0 însemnând

starea cea mai rea cu putință, iar 100 cea mai bună. Așa cum sugerează Beck și colaboratorii (1979), este indicat ca pacientul să noteze și nivelul de satisfacție și măiestrie specific fiecărei activități desfășurate.

Aceste înregistrări servesc, printre altele, informării terapeutului, dar și conștientizării din partea clientului a modului în care acesta își petrece timpul. Adesea, clientul este el însuși surprins de unele aspecte ale înregistrării (cât de mult timp petrece în fața televizorului). Înregistrările inițiale vor servi drept bază de comparație pentru evaluarea progreselor terapiei. Prin intermediul acestora pot fi verificate și unele afirmații și convingeri eronate ale clientului, de tipul: „Nimic din ceea ce fac nu iese bine" sau „nimic din ceea ce fac nu-mi oferă nicio satisfacție" etc. Înregistrările îi permit clientului să noteze evenimentele pozitive și negative care s-au desfășurat într-un interval de timp, precum și gândurile care i-au venit în minte în legătură cu acestea.

Tot prin intermediul acestor înregistrări pot fi identificate activități care sunt asociate cu stări afective pozitive sau negative, ori cu sentimentul de satisfacție sau măiestrie, astfel putând fi evitate cele care conduc la menținerea problemei-simptom și crescută frecvența celor cu efecte pozitive.

2. Tehnica orarelor și programelor

Obiectivele acestei strategii sunt următoarele:

- creșterea probabilității de angajare a clientului în activități pe care înainte avea tendința de a le evita;
- depășirea dificultăților decizionale în inițierea unor acțiuni. Odată ce decizia a fost luată în cabinetul de psihoterapie sau de către clientul însuși, acesta din urmă nu va trebui decât să ducă la bun sfârșit ceea ce și-a propus.

Atunci când clientul nu duce la îndeplinire sarcinile trasate, terapeutul va discuta acest lucru în timpul ședinței de psihoterapie. Lipsa de complianță față de îndeplinirea temelor pentru acasă are la bază mai multe cauze:

- terapeutul este prea exigent sau prea grăbit și trasează sarcini prea dificile;
- clientul nutrește gânduri sau convingeri negative legate de sarcinile respective (nu se crede capabil să le ducă la îndeplinire; crede că tot ce întreprinde este inutil).

În acest din urmă caz este necesară analiza cognitivă a obstacolelor apărute în calea îndeplinirii sarcinilor.

În general, este de dorit să fie planificate activități care provin din trei surse de informații:

- cele care sunt asociate cu stările afective pozitive sau cu sentimentul satisfacției sau măiestriei (nivelului de realizare);
- cele de pe urma cărora clientul a obținut satisfacții în trecut și care sunt evitate din cauza depresiei sau anxietății;
- activitățile noi asupra cărora clientul și terapeutul vor cădea de acord că pot fi gratificante sau îi pot furniza informații noi.

Terapeutul cognitivist îl va ajuta pe client să anticipeze posibilele obstacole din mediul înconjurător sau obstacolele cognitive care ar putea interfera cu activitățile programate. Aceste obstacole vor fi dezbătute în ședința de psihoterapie și, atunci când este cazul, programarea va fi modificată.

3. Prescrierea unor sarcini gradate

Deoarece sarcinile pe care clientul are tendința de a le evita sunt de regulă complexe și dificile, se recomandă fragmentarea lor în sarcini mai simple, posibil de îndeplinit, și cu un caracter mai concret. Succesul obținut în cazul îndeplinirii unei sarcini mai simple va motiva clientul să treacă la una ceva mai complexă. De exemplu, unui client cu fobie socială, care se teme să vorbească în public, i se poate trasa la început sarcina să-și pregătească discursul și apoi să-l repete în fața oglinzii sau în fața unor prieteni apropiați.

Metodele și tehnicile psihoterapiei cognitiv-comportamentale

Așa cum am subliniat, terapia cognitivă postulează faptul că stările afective negative precum anxietatea, depresia sau mânia sunt generate, menținute și chiar exacerbate de modul distorsionat de gândire al majorității oamenilor. Terapeutul va trebui să-l ajute pe client să-și recunoască acest mod de gândire și să-l modifice, dezvoltând la acesta din urmă nu un stil de gândire pozitiv, utopică, ci unul realist.

La baza acestui demers se află modelul tulburărilor psihopatologice elaborat de Beck, model care evidențiază rolul cogniților în apariția și menținerea stărilor afective negative (Beck, 1970, Emery și Greennberg, 1985, Beck et al., 1979.)

Distorsionările cognitive accentuează vulnerabilitatea persoanei la evenimente negative de viață, favorizând interpretările exagerate și catastrofizante ale acestora. În cadrul modelului său cognitiv, Beck distinge mai multe niveluri la care funcționează cogniții cu caracter negativ. Astfel, la nivelul de bază se află gândurile negative, automate, care se declanșează spontan, au un caracter credibil și sunt direct legate de stările afective negative și de comportamentele disfuncționale. Acestea pot să fie adevărate, dar cel mai adesea sunt false și îmbracă forma: „el nu mă place". La baza acestora se află convingerile negative și schemele cognitive de bază care reprezintă un fel de reguli de viață formate încă din copilărie și întărite de-a lungul vieții în urma interacțiunii cu persoanele semnificative din anturajul subiectului. Acestea au un caracter generalizat, rigid, absolutist, fiind dificil de modificat și îmbracă forma următoare: „Trebuie să fac întotdeauna totul perfect — pentru a obține aprobarea celorlalți".

Persoanele care nutresc o astfel de convingere vor fi mai vulnerabile la depresie și anxietate pentru că, în mod inevitabil, nu vor reuși să-și desfășoare existența la standardele dorite. Informațiile primite din mediul înconjurător vor activa gândurile negative automate („el nu mă simpatizează") și vor fi evaluate în conformitate cu grilele stabilite pe baza convingerilor negative („dacă nu obțin aprobarea tuturor înseamnă că sunt o persoană lipsită de valoare"). Convingerile disfuncționale sunt la rândul lor bazate pe schemele cognitive de bază („sunt o persoană care nu merită să fie iubită", „sunt lipsit de valoare" etc.). Schemele cognitive de bază vor contribui la declanșarea unor mecanisme de atenție și memorie selectivă, care îi determină pe indivizi să detecteze și să interpreteze cu precădere informații care vin în sprijinul schemelor lor cognitive și care nu fac decât să le întărească. Astfel, individul depresiv își va concentra atenția asupra evenimentelor cu conținut negativ, ignorându-le pe celelalte.

Deși se bazează pe modelul cognitivist al lui Beck și al colaboratorilor săi, Leahy (2003) integrează și elemente ale terapiei rațional-emotive elaborate de Ellis (1990), care accentuează rolul rezistenței scăzute la frustrare și al imperativelor categorice („trebuie neapărat, cu orice

preţ, să obţin aprobarea tuturor") care contribuie la escaladarea stilului negativ de gândire. Autorul utilizează şi tehnici experienţiale de expunere a emoţiilor care, la rândul lor, pot reprezenta surse utile de informaţii cu privire la dorinţele şi tendinţele neîmplinite ale clienţilor (Greinberg şi Safron, 1987).

Demersul terapeutic cuprinde următorii paşi:

1. Explicarea modului în care gândurile generează stări afective

Mulţi clienţi sunt surprinşi atât de faptul că stările lor emoţionale sunt rezultatul modului în care interpretează un eveniment, cât şi de faptul că modificarea acestei interpretări schimbă şi starea afectivă.

Gânduri	Stări emoţionale
Eu gândesc că...	Eu simt...
Niciodată nu voi mai fi fericit	Lipsit de speranţă
Viaţa nu merită trăită	Sentimente suicidare
El m-a părăsit pentru că nu sunt atrăgătoare	Lipsă de speranţă
Voi înnebuni	Speriat, panicat
El doreşte să profite de pe urma mea	Iritat, defensiv, sentimente de răzbunare
Nimănui nu-i pasă de mine	Respins, deprimat
Nu voi fi în stare să îmi port de grijă	Anxios, dependent, neajutorat
Mi-am rezolvat problemele şi în trecut, deci voi fi capabil să le rezolv şi de aici înainte	Plin de speranţă şi energie
Nu trebuie să fiu perfect	Eliberat, detensionat
Trebuie să-mi acord şansa de a încerca	Mulţumit, mândru

BCU "CAROL I" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Terapeutul va explica pacientului care este diferența dintre gânduri și stări afective, precum și maniera în care gândurile le creează, le menține sau le accentuează.

De pildă, un client care a fost recent părăsit de prietenă poate să gândească: „Sunt o persoană care nu merită să fie iubită". Astfel de gânduri generează stări afective cum ar fi depresie, lipsă de speranță etc. În cazul în care același subiect își va spune în gând: „Îmi este mult mai bine fără ea", acesta se va simți mai puțin trist și lipsit de speranță. Terapeutul va utiliza câteva exemple care să ilustreze legătura dintre gând și starea afectivă (Leahy, 2003, p. 9).

Prezentăm în cele ce urmează un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Ce anume te tulbură?
Maria: Mă simt tristă.
T: Poți să-mi spui de ce te simți tristă?
M: Mă simt îngrozitor, parcă simt un gol interior. În ultimul timp plâng mult.
T: Ajută-mă să înțeleg ce îți spui în gând atunci când te simți tristă. Completează propoziția: „Mă simt tristă pentru că îmi spun în gând..."
M: Sunt nefericită.
T: Nefericirea reprezintă un sentiment, o stare emoțională. Caută să observi ce anume îți spui în gând atunci când te simți nefericită. Îți spui ceva legat de persoana ta, de viitor sau de o experiență anume.
M: Cred că îmi spun că niciodată nu voi putea fi fericită.

Terapeutul va trebui să detecteze predicția clientei care se referă la lipsa de speranță „eu nu voi putea fi niciodată fericită" și care va fi analizată prin intermediul strategiilor terapiei cognitive (de pildă, prin intermediul unor dovezi care să vină în sprijinul acesteia sau să o infirme).

Pacientei i se trasează ca temă pentru acasă să noteze într-un jurnal timp de o săptămână stările afective negative în coloana stângă și gândurile care-i trec prin minte atunci când trăiește starea respectivă în coloana dreaptă, ca în exemplul următor:

Stări afective	Gânduri
Mă simt speriată	Mă tem că nu voi promova examenul de licență

Unii clienți au tendința de a confunda gândurile cu stările afective. În acest caz, terapeutul îi va ajuta să sesizeze această diferență prin intermediul unor exemple concrete.

Un client poate afirma că se simte nervos pentru că este anxios, situație în care acesta din urmă se referă la două stări afective. Gândul care ar putea fi identificat în acest caz ar fi „nu voi putea să mă eliberez niciodată de teama aceasta".

2. Ajutarea clientului să sesizeze distincția dintre gânduri și faptele reale

Adesea persoanele care se simt deprimate sau speriate consideră gândurile care le trec prin minte ca pe un fel de fapte reale. Un client cu trac la examene își va spune în gând: „sSnt sigur de faptul că voi cădea la examen", situație care poate fi tot atât de bine adevărată, dar și falsă. Terapeutul îi va explica pacientului faptul că, dacă el nutrește un anumit gând, nu înseamnă că acesta este și real („dacă eu cred că sunt un crocodil, nu înseamnă că și devin un crocodil"). Gândurile care ne trec prin minte pot fi: ipoteze, descrieri, supoziții care pot fi adevărate sau false.

Pentru a realiza mai ușor distincția dintre gânduri, sentimente și fapte reale, este indicată utilizarea modelului ABC al lui Albert Ellis (1994), în care A reprezintă evenimentul activator extern, B — convingerile referitoare la acesta și C — consecințele care pot fi reprezentate de stări afective și comportamente.

Clientului i se vor prezenta exemple de situații sau evenimente activatoare, gânduri sau convingeri în legătură cu acestea și consecințe posibile (după Leahy, 2003, p. 12) — vezi tabelul din pagina următoare.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic.

Terapeutul: Poți să-mi spui ce anume îți trece prin minte atunci când te simți atât de speriat?

Marian: Mă gândeam că voi fi concediat.

T: De unde știi că vei fi concediat?

M: Sunt sigur. Simt că se va întâmpla acest lucru.

T: Tu spui că vei fi concediat, dar nu crezi că este posibil ca acest lucru să nu se întâmple?

M: Simt eu că așa va fi. Știu că se va întâmpla aceasta.

T: Deși poate fi adevărat că vei fi concediat, este posibil ca acest lucru să nu se întâmple. Este o diferență între convingerile noastre și datele reale. Faptul că noi

credem că un lucru este adevărat nu înseamnă că acest lucru chiar este adevărat. Încearcă acum să aduni dovezi în favoarea faptului că vei fi concediat, precum și dovezi împotriva acestui fapt.

Clientul va primi ca temă pentru acasă această sarcină de a nota în jurnal anumite evenimente activatoare, gândurile și convingerile referitoare la acestea, precum și consecințele în plan emoțional și comportamental. Trebuie să avem în vedere și cazul în care multe gânduri negative nutrite de client sunt adevărate.

A	B	C	
Eveniment activator	Gânduri, convingeri	Stări afective	Comportamente
Inima mea bate mult mai rapid.	Voi face un atac de cord. Am băut prea multă cafea.	Anxietate. Panică Sentimente de parere de rău că a exagerat.	Clientul cheamă salvarea. Clientul reduce doza de cafea.
La micul dejun soțul citește ziarul.	Lui nu îi pasă de mine. El mă evită pentru că este supărat pe mine.	Iritată, plină de resentimente. Tristă cu sentimente de culpabilitate.	Se ceartă cu el; îi spune că este egoist. Evită să comunice cu partenerul.

Terapeutul nu va trebui să lase clientului său impresia că se îndoiește de ceea ce crede acesta din urmă. În această situație, instructajul administrat va îmbrăca următoarea formă: „Uneori, gândurile și convingerile tale vor descrie faptele în mod corect, alteori nu. Nu ar fi mai bine ca în acest caz să-ți faci o regulă de bază în a verifica gradul de veridicitate al gândurilor tale negative, trecând în revistă faptele relevante?"

3. Evaluarea intensității stărilor emoționale și a gradului de veridicitate al gândurilor negative

Pentru demersul terapeutic este important de cunoscut intensitatea trăirilor afective, precum și cât de mult crede clientul în adevărul gândurilor și convingerilor sale negative. Terapeutul îl va învăța

pe client să diferențieze intensitatea emoțiilor, precum și gradele diferite în care crede în gândurile și convingerile negative. Acest lucru este important atât pentru evaluările inițiale și finale ale progreselor terapiei, cât și pentru evaluările intermediare, cunoscut fiind faptul că schimbările terapeutice au loc în pași mici. Clientului i se va cere să evalueze pe o scală gradată de la 0 la 100 sau de la 0 la 10 intensitatea stărilor emoționale și credința în veridicitatea gândurilor negative.

Prezentare de caz

Terapeutul: Afirmi că te simți foarte tristă de când te-ai despărțit de George. Poți să-mi descrii ce simți?
Liliana: Mă simt extrem de deprimată. Plâng adesea când mă gândesc la cele întâmplate.
T: Dacă ar trebui să-ți evaluezi tristețea pe o scală de la 0 la 100, unde 0 înseamnă că nu simți niciun fel de tristețe iar 100 înseamnă tristețea cea mai profundă pe care ți-o poți imagina, cum ți-ai evalua starea actuală?
Liliana: Nu m-am gândit până acum să-mi măsor sentimentele. Cred că ar fi cam 90%.
Aceeași clientă poate nutri convingerea cu caracter absolutist: „Nu voi mai putea fi fericită niciodată fără George".
T: Afirmi că te simți foarte tristă de când te-a părăsit George. Ai putea completa propoziția următoare cu primul gând care îți vine în minte: „Mă simt foarte tristă de când m-a părăsit George pentru că eu cred că...".
L: Nu voi mai fi niciodată fericită fără el.
T: Gândul automat este: „Nu voi mai fi niciodată fericită fără el". Notează în caiet acest gând. Evaluează pe scala gradată de la 0 la 100 cât de mult crezi că respectivul gând este adevărat.
L: Cred că în proporție de 90%.
Terapeutul va trasa drept sarcină pentru acasă ca pacientul să evalueze timp de o săptămână fluctuațiile intensității stărilor emoționale, precum și pe cele ale credinței în veridicitatea gândurilor negative.

4. Identificarea unor variații în cadrul unei convingeri specifice

Pentru ca pacientul să poată căpăta o anumită distanță critică față de convingerile sale negative, terapeutul îl va ajuta să sesizeze faptul că până și în situația prezentă convingerea respectivă se poate modi-

fica sub aspectul credibilității sau forței sale. Acest lucru este deosebit de important, pentru că subiecții cu tulburări emoționale sunt deosebit de rigizi în gândire, fiind convinși de faptul că ideile și credințele lor nu se vor modifica niciodată. Întrebările adresate clientului sunt de tipul următor:

„Există anumite perioade în care crezi mai puțin că acest gând sau convingere este adevărată?"

„Ce se întâmplă atunci când crezi mai puțin în faptul că gândul tău negativ este adevărat?"

„În cazul în care gândul tău ar fi pe deplin adevărat, cum poți uneori să crezi mai puțin în el?"

Dialogul terapeutic se va desfășura astfel:

Terapeutul: Mi-ai spus că nutrești gândul că nu vei mai putea fi niciodată fericită fără George și că ești convinsă de acest lucru în proporție de 90%.
Liliana: Chiar așa cred și de asta mă simt atât de tristă.
T: Îmi imaginez că de-a lungul unei zile dispoziția ta se mai schimbă, astfel că uneori te simți mai nefericită decât alteori, nu-i așa?
L: Da, nu plâng mereu și nici nu mă gândesc tot timpul la George.
T: La ce te gândești atunci când nu te gândești la George?
L: Mă gândesc să mă înscriu la un masterat, să-mi petrec vacanța la mare împreună cu prietenii.
T: Se pare că atunci când nu te gândești la George forța convingerii tale este de 0 și în acele momente nu te simți nefericită, deși George nu este împreună cu tine.
L: Da, este un alt punct de vedere, dar se pare că aveți dreptate.
T: Există momente în timpul zilei în care totuși te gândești la George, dar nu te simți nefericită în proporție de 90%.
L: Da, uneori îmi spun că poate îmi va fi mai bine fără el, pentru că în ultima vreme ne certam tot timpul.
T: Dacă ar fi să fiu prezent în acele momente și să te întreb cât de mult crezi atunci în adevărul gândului „nu voi mai fi niciodată fericită fără George", ce mi-ai răspunde?
L: În acele momente cred în proporție de 10% în faptul că acel gând este adevărat.
T: Iată deci că această convingere a ta se modifică în curs de câteva ore; ce părere ai despre asta?
L: Cred că gândurile și convingerile mele legate de despărțire se pot schimba.
T: Oamenii care suferă experiența despărțirii trăiesc sentimente negative foarte puternice. Sunt convins de faptul că ai prieteni care au trecut prin situații asemănătoare.
L: Da, prietena mea Dana a divorțat acum doi ani.

T: Probabil că în momentul divorțului ea nutrea aceeași convingere ca și tine. Oare între timp ea nu și-a mai schimbat convingerea?
L: Ba da! Acum ea este fericită împreună cu noul ei soț și nici măcar nu-și imaginează cum a putut să-și piardă atâția ani cu Doru.

5. Identificarea distorsionărilor cognitive

Gândurile și convingerile negative au la bază anumite erori de logică, denumite de specialiștii în terapie cognitivă distorsionări cognitive.

Prezentăm în cele ce urmează câteva dintre principalele distorsionări cognitive descrise de Beck (1970), Burns (1989) și Aronson (1996).

– Gândirea dihotomică: subiectul gândește în termeni extremi — „alb-negru", „totul sau nimic". De exemplu, un student care a căzut la un examen consideră că a ratat întreaga sesiune.

– Suprageneralizarea: un eveniment negativ singular conduce la un model generalizat și repetitiv de gândire negativă („am numai ghinioane").

– Etichetarea: pornind de la o greșeală oarecare, subiectul își adresează lui însuși sau celorlalți etichete negative („sunt un prost", „sunt un ratat", „el este un ticălos" etc.).

– Imperativele categorice: persoana interpretează evenimentele în termeni absolutiști, lipsiți de realism, care exprimă dorințele sale și nu realitatea obiectivă („el trebuie neapărat să mă iubească și să se comporte așa cum doresc eu").

– Personalizarea: subiectul își atribuie o vină disproporționată pentru producerea unor evenimente negative, ignorând contribuția altor factori la producerea evenimentului („este numai vina mea că fiicele mele au eșuat în viață").

– Citirea gândurilor: individul consideră că știe ce gândește o altă persoană fără a avea suficiente date în sprijinul convingerii sale („ea crede despre mine că sunt un ratat").

– Ghicirea viitorului: subiectul prevede un final negativ pentru un eveniment, fără a avea suficiente dovezi pentru aceasta („sigur voi cădea la examen").

– Catastrofizarea (Ellis, 1979): un eveniment negativ, care s-a petrecut sau se va petrece în viitor, este considerat nu doar neplăcut, ci teribil, îngrozitor, de nesuportat („va fi îngrozitor dacă voi cădea la examen").

– Ignorarea pozitivului: individul desconsideră toate succesele personale sau ale celorlalți, considerând că acestea nu sunt importante („oricine ar fi putut face acest lucru").

– Filtrarea negativă: este o distorsionare cognitivă asemănătoare cu cea precedentă și presupune focalizarea atenției exclusiv pe evenimente cu conținut negativ (un scriitor care a primit nouă recenzii pozitive se va concentra doar asupra celei de-a zecea în care este criticat).

– Judecata afectivă: subiectul interpretează datele realității prin prisma trăirilor sale emoționale („dacă mie mi-e frică să zbor cu avionul, înseamnă că este foarte periculos să zbori cu avionul").

– Blamarea: subiectul îi consideră pe ceilalți vinovați în exclusivitate de problemele și eșecurile sale („numai din cauza părinților mei am ajuns așa").

– Realizarea unor comparații inechitabile: persoana interpretează evenimentele conform unor standarde nerealiste care iau în calcul numai persoane care au performanțe superioare lui: („are rezultate mai bune la olimpiadă decât mine").

– Orientarea plină de regrete către trecut: subiectul își concentrează atenția asupra acelor lucruri pe care ar fi trebuit să le facă mai bine în trecut, în loc să se centreze asupra prezentului și viitorului („nu ar fi trebuit să fi spus aceasta").

– Orientarea „ce ar fi dacă?": subiectul își adresează sau adresează celorlalți tot felul de întrebări în legătură cu evenimentele negative care s-ar putea întâmpla și nu este niciodată satisfăcut de răspunsuri („ce va fi dacă voi leșina sau îmi voi pierde autocontrolul?").

– Orientarea centrată exclusiv pe evaluare: persoana îi judecă permanent pe ceilalți și pe sine însuși în termeni extremi („bun–rău", „valoros–lipsit de valoare", „eu nu învăț destul de bine la facultate", „nu sunt un sportiv suficient de valoros").

– Respingerea contraargumentelor: individul respinge toate argumentele care contrazic gândurile și convingerile sale negative (un tânăr care consideră că nu merită să fie iubit va tinde să respingă orice dovadă legată de faptul că cineva ține la el sau îl apreciază).

Terapeutul îl va ghida pe client să sesizeze distorsionările cognitive care apar în gândirea sa. Deosebit de util este ca acestuia să i se prezinte liste cu principalele distorsionări cognitive, liste care să conțină și exemplificări. În continuare, distorsionările cognitive vor fi identificate cu ajutorul terapeutului, pornind de la relatările verbale ale clientului.

Leahy (2003) subliniază faptul că unii pacienți consideră că, dacă în modul lor de gândire sunt identificate distorsionări cognitive, aceasta înseamnă că sunt „proști" sau „nebuni". Terapeutul va trebui să le explice faptul că majoritatea oamenilor, indiferent cât de inteligenți ar fi, comit astfel de erori în viața cotidiană. Mai mult, acesta va preciza faptul că unele gânduri negative pot fi adevărate, importantă fiind identificarea dovezilor care vin în sprijinul lor. Identificarea modelului de distorsionări cognitive realizate mai frecvent de subiect este necesară pentru declanșarea celor mai bune strategii cognitive de contracarare a acestora.

6. Tehnica săgeții verticale (Burns, 1989)

Așa cum am mai subliniat, uneori gândurile negative automate se dovedesc adevărate. De exemplu, un client timid poate prevedea faptul că va fi respins la o petrecere. Este posibil să avem de-a face cu distorsionarea „ghicirea viitorului", dar profeția poate fi adevărată. În acest caz este utilă explorarea convingerilor negative care stau la baza gândurilor negative automate. Evidențierea acestora va reduce forța gândurilor negative cu caracter situațional.

Întrebările adresate clientului vor îmbrăca forma următoare: „Ce s-ar întâmpla dacă acel lucru va fi adevărat?" sau „Ce ar însemna pentru tine dacă acel lucru ar fi adevărat?"

7. Evaluarea secvențială a probabilității subiective de producere a unui anumit eveniment

Întrebările adresate de terapeut clientului vor fi de tipul următor: „Care este probabilitatea ca evenimentul X să se producă?", „Care ar fi probabilitatea de producere a unui eveniment pe o scală de la 0 la 100%?"

Prezentăm în cele ce urmează un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Probabilitatea de producere a unui anumit eveniment variază de la 0 (nu are loc) până la 100% (are loc sigur). De pildă probabilitatea să cadă stema atunci când arunc o monedă este de 50%. Să analizăm acum gândul „nu sunt pregătită pentru examenul de licență". Care este probabilitatea ca acest gând să fie adevărat?

Diana: Aproximativ 90%.
T: Următorul tău gând este că vei cădea la examen. Care este probabilitatea să cazi la examen ținând seama de faptul că nu te simți pregătită?
D: Aproximativ 30% pentru că deja știu unele subiecte.
T: Dar dacă vei cădea la examen, care este probabilitatea că nu vei termina facultatea?
D: 1% pentru că am luat deja multe examene.
T: Așadar, lucrul de care te temi cel mai mult are puține șanse să se producă, nu-i așa?

8. Ghicirea gândurilor

Pentru unii pacienți este relativ dificil să-și identifice gândurile negative, deoarece stările emoționale generate de acestea sunt deosebit de intense. Beck (1995) recomandă în acest caz ca terapeutul să-i prezinte clientului anumite tipuri de gânduri negative și apoi să-l întrebe care dintre acestea seamănă cu ce-i trece prin minte. Terapeutul trebuie să fie atent și să nu sugereze gânduri care nu au legătură cu problema clientului.

Întrebările adresate sunt de tipul următor:

„Îți este greu să-ți dai seama ce anume îți trece prin minte atunci când te simți astfel?"

„Nu cumva îți spui în gând ceva de genul următor?" (Terapeutul prezintă câteva modele de gânduri negative.)

Studiu de caz

Liliana, o studentă în vârstă de 21 de ani, se simte copleșită de tristețe și lipsă de speranță după despărțirea de prietenul ei. Ea îi spune terapeutului că se simte atât de îngrozitor, încât îi este imposibil să se gândească la ceva, de parcă mintea ei s-a întunecat.
Terapeutul: Spui că te simți îngrozitor de când te-ai despărțit de Cristian. Ai putea să-mi spui ce anume îți trece prin minte?
L: Mă simt groaznic. Nu mai pot să dorm.
T: Ceea ce îmi descrii sunt stări afective, simptome. Nu ai putea completa fraza: „Mă simt îngrozitor de când m-am despărțit de Cristian pentru că îmi trece prin minte că...".
L: Nu-mi trece nimic prin mine. Simt că o să mor.
T: Încearcă să identifici unele gânduri care merg mână în mână cu lipsa de speranță.
L: Nu pot, trăirea mea este prea puternică.
T: Mă întreb dacă nu am putea ghici care sunt gândurile tale negative. Eu nu știu care sunt acestea, dar îți voi spune câteva, iar tu să-mi spui dacă vreunul dintre aceste gânduri „îți spune ceva".
L: Bine.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

T: Poate că îți spui în gând „nu voi mai fi niciodată fericită"?
L: Da, chiar la asta mă gândesc.
T: Înseamnă că îți spui în gând „nu voi mai putea fi niciodată fericită fără Cristian"?
L: Corect, chiar asta cred.

Unii pacienți insistă în afirmația că nu le trece prin minte niciun fel de gânduri și că trăiesc doar stări afective. În astfel de situații, terapeutul îi va cere clientului să se relaxeze și să-și inducă imaginativ stările afective negative cele mai puternice prin reprezentarea situației care pare să le genereze (Liliana stă singură acasă în weekend și se gândește la Cristian). Întrebările adresate vor fi de tipul următor: în timp ce te simți atât de tristă, poți să-ți imaginezi și ce anume îți vine în minte?

Testarea validității și combaterea gândurilor negative automate

După ce clientul împreună cu terapeutul au identificat gândurile negative automate și au stabilit legătura dintre acestea și stările afective disfuncționale urmează verificarea gradului de veridicitate al acestor gânduri. Terapeutul va trebui să ia în considerare și situația în care unele dintre acestea pot fi adevărate, situație căreia pacientul va fi sprijinit să-i facă față.

1. Definirea termenilor (tehnica semantică)

Se utilizează mai ales în cazul clienților care au tendința de a utiliza etichetări de tipul: „sunt un prost", „sunt un ratat". În astfel de situații, terapeutul îl va ghida pe client să definească termenii cu care operează. Terapeutul va prezenta clientului următorul instructaj (după Leahy, 2003, p. 38):

„Imaginează-ți că ești un om de știință și cineva afirmă că Mihai este un ratat, iar tu dorești să te convingi dacă această afirmație îl caracterizează cu adevărat pe Mihai. Primul lucru pe care trebuie să îl facem este să definim conceptul de ratare care ar putea să însemne:

- să nu înregistrezi succese;

– să fii inferior celorlalți, în toate domeniile;
– să nu primești niciun fel de recompense.

În cazul în care ești o persoană înclinată spre autocritică și spre depresie, vei avea tendința de a defini ratarea într-o manieră cu care nimeni altcineva nu va fi de acord și care ți se potrivește numai ție:

– nu obțin performanțe atât de bune pe cât mi-aș dori;
– obțin rezultate slabe la o singură probă;
– dau mai puțin de 100% din potențialul meu;
– nu sunt la fel de bun precum ceilalți."

Prezentare de caz

Terapeutul: Simți că ești un ratat de când te-a părăsit Mirela. Spune-mi cum definești ratarea?
Costin: Căsătoria mea nu mai funcționează.
T: Să înțeleg că mariajul tău nu mai funcționează pentru că tu ești un ratat?
C: Dacă aș fi fost o persoană în regulă, ea ar fi stat cu mine.
T: Asta înseamnă că acele persoane ale căror căsătorii nu funcționează sunt niște ratate?
C: Nu cred că putem merge atât de departe cu afirmațiile.
T: De ce nu? Din discuția noastră rezultă că avem o definiție de ratat care se potrivește celorlalți și alta pentru tine. Dacă ești atent, constați că definiția pe care o dai tu noțiunii de ratat diferă de cea a altor oameni. Cred că puțini dintre aceștia ar considera ratat un individ care a divorțat. Cum crezi că ar defini oamenii succesul în relația cu o persoană apropiată?
C: Ei ar putea spune că succesul înseamnă faptul că oamenii își îndeplinesc obiectivele.
T: Cu alte cuvinte, putem spune că dacă cineva își îndeplinește obiectivele, are succes?
C: Da.
T: Ești de acord că unii oameni obțin mai mult succes decât alții, sau își îndeplinesc într-o mai mare măsură obiectivele decât alții?
C: Cred că da.
T: Dacă am aplica cele discutate la situația ta, putem spune că ți-ai îndeplinit unele obiective de viață?
C: Da. Am terminat facultatea, lucrez de un an și m-am înscris la masterat.
T: Deci ai avut unele succese?
C: Da, am avut și succese.
T: Apare o contradicție în cele ce ai afirmat: te consideri un ratat, dar ai avut unele succese.

2. Analiza beneficiilor și costurilor

Odată ce clientul a identificat gândul care conduce la stări afective negative, întrebarea care se pune este în ce măsură acesta este motivat să renunțe la gândul respectiv. Terapeutul îl va dirija pe client să examineze avantajele și dezavantajele menținerii unui gând negativ sau a unei convingeri disfuncționale. Terapeutul va adresa clientului întrebări de tipul următor: „Care sunt avantajele și dezavantajele menținerii gândului sau convingerii respective?" Terapeutul îi cere clientului să examineze împreună gândul negativ: „Dacă merg la discotecă, voi fi respins de toată lumea". Gândul respectiv va fi notat pe o foaie de hârtie, în partea stângă fiind notate avantajele menținerii acestuia, iar în dreapta, dezavantajele.

Analiza costurilor și beneficiilor se poate aplica și în cazul gândului sau convingerii alternative, elaborate ca variantă pentru cea negativă. Să examinăm gândul realist alternativ: „Îmi va păsa mai puțin de ceea ce cred ceilalți despre mine".

Ce se întâmplă în cazul în care clientul consideră că avantajele menținerii gândului sau convingerii disfuncționale depășesc dezavantajele? Să analizăm convingerea lui Sebastian: „Trebuie întotdeauna să răspund solicitărilor șefului meu, indiferent cât de irațională sunt acestea". Sebastian susține că avantajele menținerii acestei convingeri sunt următoarele: va lucra mult mai eficient, va produce lucrări de calitate, va fi promovat, va obține o mărire de salariu, în timp ce dezavantajele implică stres, anxietate accentuată și epuizare psihică. Clientul acordă avantajelor un punctaj de 65% și dezavantajelor unul de 35%. În acest caz dialogul terapeutic va îmbrăca următoarea formă:

T: Ei bine, tu poți nutri orice convingere îți dorești, dar trebuie să îți asumi și costurile acesteia.

Sebastian: Nu înțeleg ce vreți să spuneți.

T: Eu spun că tu ești de acord să plătești prețul pentru anxietate, stres, epuizare psihică, pentru unele simptome somatice, cât și pentru faptul că starea ta emoțională trebuie să depindă de toanele șefului.

S: Nu doresc să fiu stresat, speriat și să nu dorm noaptea, doar de asta mă aflu aici în cabinet.

T: Sunt de acord că nu îți convin costurile convingerii pe care o nutrești, dar dacă asta este convingerea de care crezi că ai nevoie, nu ai cum să eviți dezavantajele menținerii ei.

Leahy (2003) afirmă că una dintre problemele frecvent întâlnite este aceea că pacienții neagă faptul că ar putea avea beneficii de pe urma gândurilor și convingerilor negative. Aceștia afirmă că nu au nici un fel de avantaj de pe urma gândurilor iraționale și că nu își dau seama de ce procedează într-un anumit fel. Terapeutul nu trebuie să insiste asupra beneficiilor ascunse, dificil de sesizat.

Astfel, de pildă, gândul irațional „nu pot funcționa normal dacă nu aprind o țigară", gând ce stă la baza comportamentului adictiv, nu are aparent niciun fel de avantaj pentru subiect. Cu toate acestea, comportamentul adictiv (fumat, consum abuziv de alcool sau droguri) poate avea unele avantaje pe termen scurt (detensionare, reducerea stresului). Beneficiile ascunse care stau la baza acestor comportamente pot fi legate de evitarea frustrării, disconfortului, anxietății sau depresiei. Astfel de clienți trebuie dirijați să analizeze beneficiile și costurile gândurilor iraționale și ale comportamentelor disfuncționale pe termen scurt și pe termen lung.

3. Verificarea dovezilor

Odată ce gândurile negative iraționale și convingerile disfuncționale au fost identificate, clientul va fi ajutat să adune dovezi în favoarea sau împotriva veridicității lor.

Pentru exemplificare vom examina gândul negativ automat: „sunt o ratată".

Argumente pro	Argumente contra
Am căzut la ultimul examen.	Am mulți prieteni care mă apreciază.
Nu am reușit să-mi găsesc un serviciu part-time.	Am note mai bune decât majoritatea colegilor mei de facultate.
Prietena mea a câștigat concursul de dans.	Am fost olimpică la matematică în timpul liceului.
	Am avut grijă de frații mei mai mici.
30% argumente pro	70% argumente contra

Gândurile și convingerile care vor fi supuse testării trebuie să se refere la fapte concrete și nu la trăiri emoționale sau la întrebări cu carac-

ter retoric: „Nu-i așa că această situație este îngrozitoare?". De asemenea, enunțurile de tipul *„dacă–atunci"* trebuie transformate în afirmații clare, pentru a putea fi aduse dovezi în favoarea sau împotriva lor. Astfel, întrebarea „ce se va întâmpla dacă voi face un atac de panică?" ar trebui reformulată în felul următor: „Va fi îngrozitor dacă voi face un atac de panică".

4. Analizarea calității dovezilor (Leahy, 2003, p. 46)

Terapeutul îi va adresa clientului următorul instructaj: „Ai adus până acum argumente pro și contra gândurilor și convingerilor tale negative și ai ajuns la concluzia că ți-ar fi mai bine în absența acestora, dar în același timp ai identificat și unele motive care te determină să continui să gândești astfel.

Ia să vedem dacă ai fi în stare să-i convingi și pe alții de faptul că acel gând sau convingere negativă pe care o nutrești este adevărată: „Sunt o ratată". Argumentele pe care le-ai adus în favoarea faptului că această convingere este adevărată sunt următoarele:

- „mă simt o ratată";
- „prietena mea crede că este mai inteligentă decât mine";
- „am căzut la examenul de licență";
- „nu am fost selecționată pentru un post pentru care am depus un CV".

Imaginează-ți că prezinți aceste argumente în fața unei comisii căreia i te adresezi astfel: „Faptul că eu mă simt ca o ratată dovedește că sunt o ratată" sau: „Sunt o ratată pentru că prietena mea se crede mai inteligentă decât mine" etc. „Crezi oare că respectiva comisie va accepta argumentele pe care le aduci?"

Clientului i se cere apoi să noteze în jurnalul său punctele slabe ale argumentelor pe care le-a adus în favoarea gândului negativ automat. Gând negativ: „Sunt o ratată".

5. Jocul de rol: „avocatul apărării" (Leahy, 2003, p. 49)

Clientului i se cere să joace rolul „avocatului apărării" care va lupta cu argumente împotriva procurorului, rol jucat de gândurile negative automate care îl acuză pe clientul în cauză că este o persoană rea, incompetentă, un „ratat", „un prost".

Întrebarea și îndemnul adresate de terapeut clientului vor îmbrăca forma următoare: „Dacă ar trebui să joci rolul propriului tău avocat,

ce ai spune în apărarea ta?", „Caută să te comporți ca și cum ai fi cel mai bun avocat care îți apără cauza".

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic.

Terapeutul: Petre, tu îți adresezi permanent critici și îți pui etichete cum ar fi: ratat, lipsit de valoare, leneș. Aș dori să-ți imaginezi că ai fost angajat să aperi cauza lui Petre împotriva acestor atacuri. Nu este neapărat nevoie să crezi în nevinovăția clientului tău și nici măcar să-l simpatizezi. Trebuie doar să-ți practici bine meseria. Eu voi juca rolul procurorului și îți voi spune ce persoană rea este Petre.
Petre: Să încercăm.
T: Petre este un ratat care nu a reușit nimic în viață.
P: Nu este adevărat. El a absolvit facultatea cu media 9,80, a reușit să-și găsească un serviciu destul de bine plătit, s-a căsătorit, are un copil reușit, este propus pentru avansare.
T: Cu toate acestea eu simt că Petre este un ratat.
P: Stările afective nu reprezintă probe în instanțe. Faptele dovedesc că Petre nu este un ratat.
T: El nu este un om perfect, deci este un ratat.
P: Dacă acest lucru ar fi adevărat, orice om ar fi un ratat.

Pentru ca jocul de rol să fie cât mai autentic, terapeutul îl va instrui pe client să-și adreseze întrebări de tipul următor (Leahy 2003, p. 50):

- „De ce fapte se face vinovat inculpatul?";
- „Există dovezi de necontestat împotriva acestuia?";
- „Mai există și alte explicații pentru faptele inculpatului?";
- „A acționat inculpatul astfel cu bună știință?";
- „A procedat inculpatul la fel cum ar fi procedat orice altă persoană obișnuită?";
- „Este altcineva vinovat?";
- „Este cumva vorba de o responsabilitate împărțită?";
- „Ar putea fi aplicate aceleași legi oricărei alte persoane?" etc.

6. Joc de rol: gândirea realistă — gândirea negativă

Terapeutul va exprima afirmații specifice gândirii realiste, alternative, în timp ce clientul va fi purtătorul de cuvânt al gândirii negative. Acesta din urmă va trebui să facă eforturi pentru a-l convinge pe terapeut de faptul că afirmațiile sale sunt adevărate.

Dialogul terapeutic se va desfășura astfel:

Terapeutul: Vom realiza acum un joc de rol. Tu vei juca rolul negativ de persoană ratată, iar eu voi juca rolul tău de persoană echilibrată.
Cornel: Marina te-a părăsit, ești un ratat.
T: Acesta reprezintă un model de gândire de tipul „totul sau nimic". Crezi că tot ceea ce mi se întâmplă mă definește ca pe un ratat?
C: Nu, dar ai avut un eșec.
T: Vrei să spui că nu am reușit într-un domeniu?
C: Nu, vreau să spun că ești ratat ca persoană.
T: Nu înțeleg ce înseamnă să fii ratat ca persoană. Cum poți să deduci aceasta analizând faptele și comportamentele mele?
C: Am constatat faptul că ți-ai ratat relația de cuplu.
T: Te referi doar la unele dintre comportamentele mele.
C: Da.
T: Care ar fi în mod concret aceste comportamente?
C: Ai fost prea exigent și prea critic cu ea.
T: Deci tu consideri că acest comportament al meu nu a dat rezultate. Ai identificat și unele dintre comportamentele mele neutre sau pozitive?
C: Da, ai făcut și unele lucruri bune: ai discutat cu ea, i-ai oferit daruri, i-ai plătit taxa la facultate.
T: Cu alte cuvinte, unele dintre comportamentele mele au fost negative, altele pozitive. Atunci cum pot fi un ratat dacă am făcut și lucruri bune?
C: Cred că se pot spune și bune și rele despre tine.
T: Înseamnă că sunt la fel ca toți ceilalți oameni.
C: Trebuie să admit că da.

7. Strategia realizării distincției dintre comportamentele particulare și persoana ca atare

Strategia îl va ajuta pe client să renunțe mai ușor la tendința de apreciere globală a propriei persoane și a celorlalți, recurgând într-o mai mică măsură la distorsionări cognitive cum ar fi: personalizarea, etichetarea, suprageneralizarea, sau gândirea dihotomică de tipul „totul sau nimic".

Dialogul terapeutic se va desfășura astfel:

Terapeutul: După ce ai căzut la examenul de licență, ai început să gândești că ești o ratată. Ar trebui să analizăm diferența dintre a avea un eșec într-un domeniu oarecare și a fi o persoană ratată.
Geta: Dar eu mă simt ca o ratată.

BCU IASI CENTRU UNIVERSITY LIBRARY

T: Ei bine, aceasta este o judecată afectivă. Tu afirmi faptul că stările tale emoționale reprezintă dovezi ale faptului că ești o persoană ratată, nu-i așa?
G: Aveți dreptate, nu sunt prea rațională.
T: Să examinăm noțiunea de „ratată". Există unele lucruri pe care le-ai făcut bine în viață?
G: Am luat note bune la examenele din timpul facultății, am mulți amici, am un prieten cu care mă înțeleg foarte bine.
T : Așadar, ai avut multe succese. Chiar și la licență ai scris foarte bine la trei subiecte; iar pe celelalte nu le-ai învățat pentru că nu ai găsit cartea care îți trebuia.
G: Da, așa este, dar faptul că am căzut este totuși o realitate.
T: Succesele avute până acum, dar și faptul că ai scris foarte bine la subiectele pentru care ai avut materialul bibliografic reprezintă argumente suficiente pentru a te considera o persoană ratată sau poate ar fi mai aproape de adevăr să consideri că ești o persoană care face uneori greșeli?
G: Da, am greșit că nu am parcurs întreaga bibliografie.

8. Strategia monitorizării comportamentelor în diverse situații

Așa cum am mai subliniat, o distorsionare cognitivă frecvent întâlnită constă în focalizarea atenției asupra unui comportament singular și generalizarea acestuia asupra persoanei privite ca întreg. Astfel, dacă cineva a avut o izbucnire de mânie într-o împrejurare oarecare, adesea avem tendința de a-l eticheta drept „certăreț". Terapeutul va trebui să-l ajute pe client să-și focalizeze atenția asupra unor factori de natură situațională care au condus la comportamentul respectiv, în așa fel încât acesta să poată fi interpretat contextual.

Instructajul adresat clientului va îmbrăca următoarea formă: „Atunci când etichetăm pe cineva avem tendința de a gândi «totul sau nimic», ignorând foarte multe date ale realității. Ce ar fi dacă am încerca să ne concentrăm asupra modului în care se modifică unele comportamente în diverse situații? Astfel, dacă te etichetezi drept «certăreț», caută să evaluezi cât ești de certăreț în diferite momente ale zilei sau ale săptămânii, notând intensitatea comportamentului agresiv pe o scală de la 0 la 100, în care 0 înseamnă foarte conciliant și înțelegător și 100 extrem de agresiv. Poți nota, de asemenea, și frecvența comportamentelor agresive care s-au manifestat timp de o săptămână".

Dialogul terapeutic va îmbrăca următoarea formă:

Terapeutul: Ai afirmat faptul că ai rezultate slabe la învățătură pentru că ești un leneș. Notează pe o scală de la 0 la 100 cât de leneș ai fost săptămâna trecută, unde 0 înseamnă foarte activ, iar 100 că ai zăcut nemișcat în pat.
Boby: Cred că mi-aș acorda în medie cam 85.
T: Au existat momente în care ai fost activ?
B: Da, am fost la sala de forță, la bibliotecă, am făcut un referat, am aplicat niște teste pe elevi, am ajutat-o pe prietena mea la curățenie, am căutat materiale pe internet pentru lucrarea de licență.
T: Cât de leneș ai fost atunci când ai redactat referatul sau ai fost la sala de forță?
B: Zero, presupun.
T: Mergi la facultate la cursuri de zi și ai o jumătate de normă ca educator la un centru de plasament pentru copiii abandonați; cam câte ore lucrezi pe zi?
B: Cam 10–12 ore pe zi.
T: Atunci cum poți să te consideri leneș dacă faci față acestui program?
B: Nu sunt chiar atât de leneș, dar aș fi dorit să obțin note mai bune.
T: Și o mai și ajuți pe prietena ta la treburile casnice, cât de leneș ești atunci?
B: Atunci nu sunt deloc leneș.
T: Iată deci că nu ești leneș majoritatea timpului; și atunci de ce consideri că ești leneș pentru că nu ai obținut rezultatele dorite la facultate?
B: Poate nu m-am concentrat destul pentru că am obosit la serviciu.

9. Utilizarea unor strategii comportamentale pentru a face față situației în care gândurile negative automate se dovedesc adevărate

Terapeutul va adresa clientului următorul instructaj:

„În cazul în care gândurile tale negative automate se vor dovedi adevărate, ce ai putea întreprinde pentru a îmbunătăți situația?

Există cumva posibilitatea de a-mi îmbunătăți deprinderile de comunicare, de rezolvare de probleme sau poate că se poate modifica situația externă?"

Prezentăm în cele ce urmează un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Te simți descurajat de modul în care au decurs interviurile de ocupare a unor locuri de muncă.
Alexandru: Nimeni nu dorește să mă angajeze. Cad la toate interviurile.
T: Hai să facem un joc de rol. Eu voi juca rolul angajatorului, iar tu îți vei juca propriul rol, așa cum te-ai prezentat la interviu.
Clientul, în timpul interviului, se laudă excesiv de mult și îi critică pe ceilalți posibili angajatori.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

A: Ei bine, cum a mers?
T: Ai avut dreptate. Gândul tău negativ că ratezi toate interviurile s-a dovedit a fi adevărat.
A: Chiar așa? Acum chiar că mi-am pierdut orice speranță.
T: În niciun caz! Am obținut anumite informații foarte utile. Cred că a sosit momentul să te pregătești pentru a face față unor interviuri de angajare. Să analizăm la început ce anume caută o persoană care dorește să angajeze pe cineva.
A: Sunteți sigur de faptul că acele gânduri negative sunt adevărate?
T: În acest caz, s-a dovedit că da. Este însă foarte bine pentru că am descoperit care este problema și acum vom putea focaliza terapia asupra dobândirii unor abilități de a face față cu succes unor interviuri de angajare.

Evaluarea supozițiilor și convingerilor de bază

Chiar dacă gândurile negative automate ar fi adevărate, se pune întrebarea de ce acest lucru îi creează subiectului un disconfort atât de mare. Astfel, de pildă, dacă am întreba un client de ce îl deranjează atât de mult faptul că o persoană îl respinge, el ar răspunde, probabil, că acest lucru îl determină să se simtă lipsit de valoare.

La o analiză mai atentă rezultă faptul că tulburările emoționale (depresie, anxietate, iritabilitate etc.) sunt în mare măsură generate și amplificate de reguli și convingeri rigide și absolutiste. În etapele de viață în care lucrurile merg relativ bine, aceste supoziții și convingeri nu ies la iveală, ele fiind însă activate atunci când apare un eveniment negativ. (Un client care consideră că este o persoană valoroasă dacă are o parteneră de viață se va simți bine atât timp cât se află într-o relație de cuplu satisfăcătoare. Amenințarea cu întreruperea relației sau terminarea acesteia va declanșa o stare depresivă pentru că persoana nutrește convingerea că nu poate fi fericită dacă este singură, convingere bazată pe schema cognitivă „sunt o persoană care nu merită să fie iubită".)

Leahy (2003) prezintă mai multe strategii de accesare a convingerilor negative de bază.

1. Strategia săgeții verticale

Aceasta permite relativ ușor accesul la convingerile și supozițiile de bază care îmbracă forma „dacă–atunci" sau a imperativelor categorice „trebuie neapărat", ca în exemplul de mai jos.

„Dacă nu iau nota 10 la examen înseamnă că sunt o ratată."

Supoziția disfuncțională de bază care se află în spatele acestui gând poate îmbrăca următoarele forme:

„Trebuie întotdeauna să fac totul perfect."

„Trebuie să am rezultate mai bune decât toți ceilalți."

„Este îngrozitor să ai un eșec."

„Dacă fac o greșeală, înseamnă că sunt un ratat."

Prezentăm în cele ce urmează un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Mi-ai spus că te-ai simțit extrem de deprimată atunci când ai fost trecută pe lista de disponibilizări. Mă întreb: oare ce anume ți-a trecut prin minte? Ca să ne lămurim, completează propoziția neterminată: „Pierderea serviciului mă deprimă pentru că..."

Despina: „...mă face să mă simt o ratată".

T: Și dacă te simți o ratată, ce înseamnă asta pentru tine?

D: Înseamnă că sunt într-adevăr o ratată.

2. Adresarea de provocări afirmațiilor categorice de tipul: „trebuie întotdeauna să fiu o persoană perfectă" sau „trebuie cu orice preț să am totdeauna succes" etc.

Ellis (1994) a subliniat faptul că majoritatea acestor afirmații au un caracter absolutist, suprageneralizat și lipsit de logică.

Întrebările care trebuie adresate clientului îmbracă forma următoare:

„Care este rațiunea pentru care cineva trebuie neapărat să întreprindă acțiunea X?"

„Care este originea acestei reguli?"

„De ce trebuie ca această regulă să se aplice tuturor oamenilor?" etc.

Presupunând că imperativul categoric ar fi: „Eu trebuie să fiu întotdeauna perfect", întrebările adresate vor fi de tipul:

„Care este motivul pentru care trebuie să fii totdeauna perfect?"

„De unde a apărut această regulă?"

BCU ASCE CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

„Ce autoritate din lume ți-a impus acest deziderat?"
„Este necesar ca toți ceilalți să fie perfecți?"
„De ce îți impui alte standarde de viață comparativ cu ceilalți?"
„Nu ar fi mai realist din partea ta să-ți spui că vrei să faci un lucru mai bine decât să dorești o perfecțiune imposibil de atins?"

Dialogul dintre client și terapeut va îmbrăca forma următoare:

Terapeutul: Tu afirmi că ar fi trebuit neapărat să obții o notă mai mare la examen. De ce crezi asta?
Gabriela: Pentru că am capacități și pentru că ar fi trebuit să dau totul din mine.
T: Ce înțelegi prin asta?
G: Să am numai 10 pe linie, să fiu olimpică la toate materiile...
T: Dar până în prezent nu ai luat numai nota 10 la examene și nu ai devenit olimpică decât la o materie și într-un singur an. Să deduc de aici că nu ești chiar perfectă?
G: Ar fi trebuit să mă străduiesc mai mult.
T: Care sunt beneficiile și costurile menținerii unei astfel de convingeri?
G: Costurile sunt că mă simt dezamăgită dacă ceva nu îmi iese cum trebuie și că lucrez totdeauna sub presiune. Beneficiul este că mă străduiesc din răsputeri să fac totul cât mai bine.
T: Și cum te simți?
G: Îngrozitor! De asta mă aflu aici în cabinet.
T: Ce ar fi dacă ți-ai spune că dorești să realizezi lucruri de bună calitate? Care ar fi avantajul unei astfel de concepții comparativ cu cea care te îndeamnă să urmărești perfecțiunea?
G: Poate că nu m-aș mai simți atât de încordată și depășită de evenimente.
T: Oare prietenii tăi au numai note de 10?
G: Nu. Unii au note medii, alții ceva mai bune. Nimeni dintre cunoscuți nu are 10 pe linie.
T: Și ce crezi despre ei?
G: Că se descurcă bine la învățătură. Poate că sunt prea exigentă cu mine.
T: Cum ar fi dacă ți-ai aplica aceleași standarde ca și celorlalți?
G: Cred că m-aș simți mult mai bine.

Leahy (2001 b) subliniază faptul că e necesar ca imperativele categorice cu caracter absolut să fie distinse de regulile morale care reprezintă imperative ce trebuie respectate de toată lumea (de exemplu, nu trebuie să furi bunul altuia).

BCU "ALEXANDRU IOAN CUZA" UNIVERSITY LIBRARY

3. Identificarea supozițiilor de tip condiționat („dacă-atunci")

Să examinăm supoziția „dacă o persoană nu mă agreează, atunci înseamnă că sunt lipsit de valoare".

Pentru a împiedica respingerea și evaluările negative din partea celorlalți, clientul va dezvolta un sistem de strategii și supoziții condiționale care îl vor ajuta să evite respingerea. Acestea pot îmbrăca formele următoare: „Dacă voi face totdeauna ceea ce doresc ceilalți, ei nu mă vor respinge; dacă voi veni în întâmpinarea nevoilor celorlalți, aceștia nu mă vor respinge".

Aceste supoziții disfuncționale cu caracter condițional îi ajută pe clienți să-și depășească temerile și sentimentele de inadecvare prin strategii de tip compensator (evită compania celorlalți pentru a nu fi respinși sau depun eforturi exagerate pentru a realiza lucruri de calitate), împiedicându-i însă să infirme convingerile negative de bază aflate în spatele lor.

Supoziția „dacă fac pe placul celorlalți, voi fi agreat și nu voi mai fi o persoană lipsită de valoare" va face dificilă combaterea convingerii „sunt lipsit de valoare dacă cineva nu mă agreează". În același mod, supoziția unui alcoolic „nu pot trăi fără băutură" este greu de combătut, pentru că pacientul nu stopează consumul de alcool.

Studiu de caz

Marcela, o juristă de 36 de ani, cu standarde perfecționiste, se teme să intre în avocatură unde ar câștiga mai bine, dar se va confrunta cu riscul unor eșecuri, mulțumindu-se să fie juristă într-un minister unde salariul e foarte mic.

Terapeutul: Te plângi de actualul loc de muncă, dar eziți să-ți găsești ceva ca avocat sau jurist în sectorul privat. De ce ai tendința de a evita provocările?
Marcela: Mă tem că voi eșua.
T: Și ce ar însemna acest lucru pentru tine?
M: Că sunt o ratată.
T: Mai sunt și alte lucruri pe care eziți să le faci de teama eșecului?
M: Nu am plecat la specializare în Elveția, deși am primit o bursă.
T: Să înțeleg faptul că regula după care te conduci este să eviți situațiile în care ai putea înregistra un eșec?
M: Da. Nu vreau să descopăr faptul că sunt o incapabilă.
T: Să vedem dacă putem să verificăm adevărul afirmației că ești o incapabilă. Cum ai învățat la școală?

BCU BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ LIBRARY

M: Am fost premiantă, dar nu am avut numai note de 10.
T: La facultate ce rezultate ai avut?
M: Am terminat ca șefă de promoție.
T: Mai ai și alte performanțe academice?
M: Am terminat masteratul cu 10 și sunt înscrisă la doctorat.
T: Aceste realizări dovedesc cumva faptul că ești incapabilă sau ratată?
M: Nu, nu sunt chiar proastă, dar nici cea mai inteligentă.
T: Tu presupui că trebuie să fii obligatoriu cea mai inteligentă pentru a nu te considera proastă?
M: Cred că da.
T: Mă întreb care ar fi consecințele unei astfel de convingeri.

4. Evaluarea sistemului de valori

Clarificarea sistemului de valori poate fi utilă pentru reexaminarea, din perspectiva acestuia, a unor judecăți cu caracter depreciativ pe care subiectul le face cu privire la propria persoană. Un subiect care pune un accent deosebit pe valoarea personală evidențiată prin intermediul realizărilor obținute poate fi solicitat să examineze și alte valori cum ar fi: generozitatea, curiozitatea, creativitatea sau simțul umorului.

Întrebările care presupun alegerea dintre două alternative pot fi utile în aceste situații („dacă ar fi să alegi între realizarea personală și oferirea afecțiunii către cei dragi, pentru ce ai opta?"). Clientului i se va cere să ierarhizeze valorile după care se conduce, precizând care anume sunt mai importante pentru el. O întrebare utilă ar putea fi aceea legată de valorile pe care le-ar aprecia la partenerul său de viață. Instructajul administrat subiectului poate îmbrăca forma următoare:

Terapeutul: Să examinăm valorile pe care le consideri importante în viața ta, cum ar fi: dragostea, generozitatea, blândețea, capacitatea de a ierta, curiozitatea, umorul, stima de sine, valorile religioase, culturale, realizările în plan profesional, aprobarea din partea celorlalți, aspectul fizic etc. Se pare că, în momentul de față, te nemulțumește faptul că nu ai obținut mai multe realizări la locul de muncă. Dacă ar fi să alegi între realizările profesionale pe care ți le dorești și mai multă afecțiune din partea soției și prietenilor, pentru ce ai opta?
Matei: Toate aceste valori mi se par importante. Poate dragostea Mariei este lucrul pe care mi-l doresc cel mai mult.
T: Ce-ar fi să încerci să fii, la rândul tău, iubitor și tolerant cu cei dragi și cu tine însuți, în loc să te străduiești excesiv să-ți îndeplinești planurile ambițioase?
Matei: Dacă aș reuși să fac asta, cred că m-aș simți mult mai bine.

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

5. Utilizarea recăderilor pentru a desprinde anumite învățăminte

O modalitate de stopare a convingerilor de tip perfecționist constă în transformarea recăderilor în experiențe de învățare.

Astfel, de pildă, o clientă alcoolică a redus consumul la un pahar pe seară, dar într-un moment de recădere a consumat 10 sticle de vin. Aceasta a devenit excesiv de autocritică, considerând că este un caz lipsit de speranță.

Terapeutul a ajutat-o să conștientizeze ce anume să învețe din această experiență:

- faptul că a doua zi se simte rău după ce a băut prea mult;
- faptul că prietenii cărora încerca să le facă pe plac nu au apreciat-o pentru acest gest.

6. Strategia conceptualizării cazurilor

Identificarea convingerilor disfuncționale de bază este utilă în conceptualizarea fiecărui caz în parte (Beck, 1995, Needleman, 1999, Persons și Miranda, 1992, Tompkins, 1996), permițând stabilirea conexiunilor dintre gândurile negative automate, convingerile disfuncționale, supozițiile cu caracter condițional și schemele cognitive de bază. Un subiect a cărui schemă cognitivă de bază postulează faptul că este o persoană care nu merită să fie iubită și că ceilalți o vor critica și o vor respinge, va nutri următoarele gânduri negative automate:

„Ea crede că sunt un ratat";

„Sunt un ratat";

„Dacă îi voi cere o întâlnire, ea mă va refuza";

„Este îngrozitor să fii refuzat";

„Voi rămâne singur pentru totdeauna".

Convingerile disfuncționale care stau în spatele acestor gânduri negative sunt:

„Nu trebuie să-i lași pe ceilalți să afle ceea ce gândești";

„Ai nevoie de aprecierea celorlalți pentru a fi fericit";

„Persoanele pe care te bazezi vor sfârși prin a te abandona".

Supozițiile cu caracter condițional vor îmbrăca forme de tipul următor:

„Dacă voi fi foarte amabil și voi lăsa totul de la mine, ceilalți mă vor aprecia";

„Dacă vin în întâmpinarea dorințelor celor din jur, aceștia nu mă vor abandona".

Clientul va încerca să lupte împotriva temerii de a fi respins, fie prin intermediul unor strategii de evitare (nu se apropie de ceilalți, evită să intre în dialog, evită autodezvăluirile) sau prin cele cu caracter compensator (exagerat de binevoitor, zâmbește în permanență și încuviințează ceea ce spun alții). Convingerea disfuncțională de bază constă în aceea că subiectul nu se consideră o persoană valoroasă, care merită să fie iubită. Datele de anamneză pun în evidență faptul că în copilărie subiectul a fost criticat frecvent de părinți, mama amenințând mereu că va părăsi familia.

7. Strategia dezvoltării curiozității și tendinței de autoperfecțiune

Expectațiile exagerate, de tip perfecționist, nu fac decât să demobilizeze subiectul, deoarece acesta se descurajează în cazul în care rezultatele nu sunt cele așteptate.

Dweck, Davidson, Nelson și Enna (1978) au demonstrat experimental faptul că subiecții obțin performanțe în cazul în care li se stimulează curiozitatea, sarcinile nemaifiind privite ca niște situații cu caracter evaluativ. Aceste constatări pot fi aplicate și în demersul terapeutic în cadrul căruia se va urmări provocarea și stimularea spiritului investigativ al clientului. Prezentăm în cele ce urmează un fragment din dialogul dintre terapeut și client:

Terapeutul: Te simți descurajat pentru că nu ai luat nota dorită la examenul de fiziologie?
Corina: Da, aș fi dorit să iau 10, dar abia am reușit să obțin un 6.
T: La care întrebări din cadrul grilei ai răspuns bine și la care nu ai știut?
C: Am reușit să rezolv bine problemele de gândire, dar am greșit acolo unde era vorba despre date precise.
T: Ce ar fi dacă am pune la punct o strategie care te-ar ajuta să memorezi mai bine? Nu ți s-ar părea interesant?
C: Nu m-am gândit la asta. Încerc să memorez mecanic și nu prea am rezultate.
T: Încearcă să subliniezi datele importante cu culori diferite.
C: E o idee! Poate ar fi bine să le notez pe niște fișe.
T: De unde vei ști că de data aceasta te-ai pregătit mai temeinic?
C: Pentru că mi-am însușit o nouă tehnică de învățare.
T: Presupun că ai câștigat ceva de pe urma acestei experiențe.

Terapeutul îl va ghida pe client să renunțe la obiectivele utopice, nerealiste, transformând învățarea sau munca într-un fel de joc, în cadrul căruia gândurile negative disfuncționale vor fi înlocuite cu unele

menite să stimuleze curiozitatea și provocarea la noi experiențe, ca în exemplul de mai jos:

Comportamentul sau performanța care generează gânduri negative:

„Să obțin nota 10 la examenul de fiziologie."

Gânduri negative:

„Voi obține o notă slabă."

„Nu sunt bună la fiziologie."

„Sunt multe noțiuni pe care nu le stăpânesc."

„Am mari dificultăți când mi se cere să memorez ceva."

Gânduri cu caracter provocator care stimulează curiozitatea:

„Ar fi bine să găsesc o metodă mai atractivă de a învăța."

„Ce ar putea fi interesant la această materie?"

„Îmi place provocarea. Mă voi simți mulțumită dacă voi obține o mărire de notă."

„Am dat până acum numeroase examene și am obținut note foarte bune."

8. Formarea și dezvoltarea unor noi convingeri și supoziții cu caracter adaptativ

Supozițiile și convingerile cu caracter disfuncțional au un caracter rigid, generalizat, implică judecăți de tipul „totul sau nimic" și conduc la autocritică exagerată sau la evaluarea celorlalți după standarde nerealiste.

Noile convingeri care le vor înlocui trebuie să fie flexibile, diferențiate, orientate spre acțiune și să stimuleze învățarea, autoperfecționarea și acceptarea propriei persoane și a celorlalți și nu critica, respingerea și devalorizarea. Aceste noi convingeri vor fi examinate în termenii costurilor și beneficiilor pe care le va obține clientul de pe urma lor, ca în exemplul următor:

Terapeutul: Ești foarte stresată din cauza faptului că ai obținut doar nota 6 la examenul de fiziologie. Regula de bază după care te conduci este: „Eu trebuie să obțin întotdeauna note mari". Să căutăm o nouă regulă de viață care să te ajute să progresezi, dezvoltându-ți curiozitatea, acceptarea de sine și dorința de autoperfecționare.

Corina: Cred că pot spune că învăț din greșelile mele și că îmi acord un credit pentru ceea ce am făcut bine.

T: Care ar fi beneficiile și costurile învățării din propriile greșeli?

BCU "VICTOR BABEȘ" UNIVERSITY LIBRARY

C: Costurile ar fi că pot deveni leneșă și să nu mă mai străduiesc să obțin note mari. Beneficiul ar consta în aceea că aș rămâne motivată și atunci când lucrurile merg mai prost și nu m-aș mai critica atâta.
T: Cum apreciezi această nouă regulă de viață?
C: Cred că mă simt mai bine dacă o pun în aplicare.
T: Ce comportamente ar putea rezulta în urma aplicării acestei reguli? Ce vei face în mod concret săptămâna viitoare?
C: Îmi voi face un plan de studiu și voi analiza ce anume am făcut bine și unde mai am de insistat. Voi încerca și noile strategii de memorare despre care am discutat înainte.
T: Să înțeleg că te-ai decis să progresezi în pași mici în loc să cauți perfecțiunea?
C: Da, e mult mai bine așa.

O altă strategie eficientă pentru a identifica noi convingeri cu caracter adaptativ constă în a cere clientului să identifice o persoană cunoscută care nu are dificultăți în domeniul respectiv și a-l întreba ce ar gândi acea persoană în situația dată.

Astfel, un tânăr timid, care se temea că va fi respins dacă va cere întâlnire unei fete, a fost întrebat ce crede că și-ar spune în gând colegul său sigur pe sine și cu succes la femei. Convingerea identificată a fost: „Mai bine să încerci decât să ratezi din start ocazia de a te întâlni cu persoana care te interesează".

Evaluarea tendințelor de îngrijorare

Îngrijorarea permanentă are un efect activ asupra stării psihice și randamentului subiecților, fiind caracteristică persoanelor care suferă de anxietate generalizată, tulburare obsesiv-compulsivă, fobie socială, atacuri de panică și tulburare depresiv-anxioasă. Sfătuirea clienților să nu își mai facă griji sau strategia „opririi gândurilor" nu are, în general, efectul scontat. Modelul cognitiv al tendințelor de îngrijorare a fost pus la punct de Borkovec și Hu, 1990, Borcove și Iuz, 1990, Rheaume, Latarte și Dugas, 1994, și Wells, 2000, 2002.

Îngrijorarea reprezintă o componentă de bază a tuturor tulburărilor anxioase. Conform modelului cognitiv-comportamental, îngrijorarea presupune prevederea unor consecințe negative, ignorarea in-

formațiilor și datelor realității, subestimarea capacității subiectului de a face față situațiilor stresante, stabilirea unor cerințe și standarde perfecționiste și absurde, o nevoie exagerată de aprobare, precum și intoleranță față de incertitudine și ambiguitate. Persoanele îngrijorate nutresc, pe de o parte, convingerea eronată că îngrijorarea le protejează, le pregătește și previne producerea unor evenimente, iar pe de altă parte, convingerea, la fel de absurdă, că îngrijorarea are consecințe concrete în plan fizic și psihic (produce îmbolnăviri organice sau mentale) și că din acest motiv aceasta trebuie controlată și eliminată. (Wells, 2000, 2002).

În cele ce urmează, vom prezenta câteva strategii de reducere a îngrijorării și a impactului negativ al acesteia (după Leahy 2003):

1. Identificarea îngrijorărilor

Terapeutul va identifica modalitatea prin intermediul căreia clientul își exprimă îngrijorările. Acestea pot lua forma unor gânduri („mă tem că voi rămâne singur toată viața") sau imagini (subiectul se vede pe sine abandonat de ceilalți; singur în casă).

Întrebările adresate clientului vor îmbrăca forma următoare:

„Poți să-mi spui ce îți trece prin minte atunci când te îngrijorezi? Ai imagini vizuale sau auzi o voce interioară care îți vorbește despre toate lucrurile rele care se pot întâmpla?"

Dialogul terapeutic se va desfășura astfel:

Terapeutul: Mi-ai spus că te simți foarte speriată și îngrijorată atunci când mergi la o petrecere. Poți să-mi spui ce anume îți trece prin minte?

Claudia: Îmi spun în gând că nu voi fi în stare să scot niciun cuvânt. Colegii mă vor crede o proastă și vor râde de mine.

T: Ai cumva și anumite imagini care să reprezinte modul în care se vor desfășura lucrurile la ziua prietenei tale?

C: Da! Îmi imaginez cum colegii încep să râdă de mine, iar eu izbucnesc în lacrimi și fug de acolo.

2. Analiza costurilor și beneficiilor îngrijorării

Mulți clienți consideră că îngrijorările reprezintă o modalitate de a rezolva problema, de a se pregăti pentru situația periculoasă sau sunt de părere că îngrijorarea previne pericolul (Papageorgiu și Wells, 2000, Wells, 1997 a). Deși este cunoscut faptul că un anumit

nivel nu prea ridicat de anxietate poate motiva subiectul să se pregătească mai bine pentru o situație de evaluare, de cele mai multe ori îngrijorarea dezorganizează subiectul, scăzând simțitor randamentul în activitate.

Terapeutul va solicita clientului să analizeze beneficiile și costurile îngrijorării excesive.

Terapeutul: Să examinăm avantajele și dezavantajele faptului că te temi foarte tare de examenul la fundamentele psihologiei.
Liviu: Dezavantajele sunt că mă simt tot timpul speriat și încordat, nu mă pot relaxa deloc, concentrarea atenției este slabă și dorm prost noaptea. Avantajul este că mă mobilizez să învăț cât mai mult.
T: Dacă ar fi să exprimi avantajele și dezavantajele în procente, ce ar rezulta?
L: 25% avantaje și 75% dezavantaje.
T: Să înțeleg că ți-ar fi mai bine dacă te-ai îngrijora mai puțin? Ce crezi că s-ar întâmpla dacă ai reduce procentul îngrijorării tale cu 40%?
L: Nu știu. Cred că m-aș îngrijora pentru că nu mă îngrijorez suficient.
T: Și ce ar însemna aceasta pentru tine?
L: Poate că nu m-aș pregăti suficient pentru examen.

3. Transformarea îngrijorărilor în predicție

Marea majoritate a clienților își exprimă îngrijorarea sub forma „ce ar fi dacă...", fiind dificil ca aceasta să poată fi testată în practică.

Din acest motiv, terapeutul îl va ghida pe client să reformuleze conținutul îngrijorării sub forma unei predicții.

Întrebările adresate clientului sunt de tipul următor:

„Ce crezi că se va întâmpla de fapt?"

„Caută să precizezi exact ce se va întâmpla în mod concret, pentru ca noi să putem verifica în practică dacă acel lucru de care te temi se va produce sau nu."

4. Verificarea predicțiilor negative

Terapeutul îi va cere clientului să formuleze un gând negativ („sunt un ratat") și să precizeze consecințele pe care crede că le poate avea acesta: „nu voi fi niciodată fericit"; „prietenii nu vor mai vorbi cu mine"; „Elena nu va accepta să ne întâlnim"; „voi fi concediat".

În continuare, terapeutul se va adresa clientului său astfel:

„Desigur, s-ar putea să ai dreptate, dar acum predicțiile tale sunt clar formulate și putem verifica în practică dacă ești sau nu un ratat.

În cazul în care acestea nu se vor dovedi adevărate, va trebui să-ți revizuiești gândul negativ."

Mulți clienți care nutresc gânduri negative prevăd consecințe care sunt valabile aproape pentru oricine:

„Voi fi nefericit";

„Cineva nu o să mă placă";

„Voi avea probleme la serviciu".

A afirma pe baza unor astfel de predicții că cineva este un ratat ar însemna să fii de acord că toți oamenii sunt ratați. Pentru a putea fi testată în practică, o predicție trebuie să aibă un caracter specific, diferențiind subiectul de alte persoane. Un alt aspect important pe care trebuie să-l avem în vedere în testarea predicțiilor negative se referă la faptul că trebuie acordat un timp rezonabil pentru a realiza testarea. Astfel, de exemplu, predicția „voi fi concediat" trebuie urmată și de o dată aproximativă la care subiectul crede că se va produce evenimentul, deoarece, pe termen lung, foarte multe persoane își pot pierde serviciul.

5. Evaluarea predicțiilor trecute

Clientului i se cere să reevalueze predicțiile negative realizate în trecut, dintre care cea mai mare parte s-au dovedit neadevărate. Acest lucru demonstrează faptul că a realiza o predicție nu înseamnă neapărat că aceasta se va adeveri.

Marina, o clientă care suferea de atacuri de panică, a prevăzut timp de doi ani că i se va face rău în metrou sau în autobuz, va face un atac de cord și va muri.

Dialogul terapeutic îmbracă forma următoare:

Terapeutul: De câte ori ai mers cu metroul sau cu autobuzul în ultimii doi ani?
Marina: încerc să evit pe cât posibil acest lucru, dar cred că am mers totuși de vreo 20 de ori.
T: Și de câte ori ai prevăzut că vei leșina și apoi vei muri?
M: De fiecare dată.
T: Și de câte ori s-a întâmplat acel lucru?
M: (râde) Niciodată.
T: Se pare că previziunile tale nu s-au îndeplinit. Ce concluzie tragi din aceste date?
M: Că previziunile mele nu sunt adevărate.

6. Analizarea modului în care clientul a făcut față în trecut evenimentelor negative

Pentru a reconstitui încrederea în sine a clientului, terapeutul îl va ajuta să treacă în revistă situațiile negative trecute și modalitatea în care a făcut față acestora.

Instructajul administrat subiectului va fi următorul:

„Persoanele depresive sau anxioase au tendința de a prevedea consecințele negative ale unor evenimente, multe dintre aceste previziuni dovedindu-se false, însă unele pot fi adevărate, pentru că în viață se întâmplă și lucruri rele. Întrebarea care se pune este cum ați reușit să faceți față acestor situații?"

Studiile clinice au evidențiat faptul că subiecții cu tulburări emoționale s-au descurcat în situații stresante, de-a lungul timpului, mult mai bine decât și-ar fi închipuit.

Această constatare este foarte importantă pentru că subiecții înclinați spre îngrijorare au tendința de a-și subaprecia abilitățile adaptative.

7. Extragerea unor învățăminte în urma analizării predicțiilor neconfirmate

Unii clienți, deși recunosc faptul că previziunile lor nu s-au confirmat, continuă să nutrească gânduri negative pentru că acestea nu le dau garanții legate de faptul că evenimentele de care se tem nu se vor produce în viitor („Chiar dacă nu am leșinat niciodată în trecut, acest lucru s-ar putea întâmpla oricând"). Un alt motiv pentru care clienții au dificultăți să învețe din experiențele trecute constă într-o particularitate a proceselor memoriei care ne determină să ne reamintim cu precădere acele evenimente care au avut loc și nu cele care nu s-au produs. De asemenea, faptul că subiecții nu învață suficient din experiențele trecute se datorează puternicei investiții afective în credințele lor negative, speranței că acestea îi protejează de rele sau dificultăților de a-și recunoaște eroarea în fața terapeutului.

Dialogul terapeutic va decurge astfel:

Terapeutul: Ești convins de faptul că paloarea ta reprezintă un simptom de leucemie. Ai mai nutrit astfel de credințe în trecut?

Mihai: Da, anul trecut am avut o relație sexuală neprotejată și am crezut că m-am îmbolnăvit de SIDA. Acum câteva luni am suferit de dureri de cap și am crezut că am tumoră cerebrală.

BCU "ASTRA" UNIVERSITY LIBRARY

T: Ai previzionat o serie de lucruri negative care nu s-au adeverit. Care este dovada că nu ai leucemie?
M: Am făcut toate analizele și medicul mi-a spus că nu am de ce să mă tem.
T: Ce părere ai despre concluzia medicului?
M: Se poate înșela; analizele pot fi greșite.
T: Este adevărat! Ce s-ar întâmpla dacă medicul s-ar înșela?
M: Nu ar trebui să cred ceea ce spune acesta sau un alt medic până când nu obțin o certitudine.
T: Dar dacă ai accepta verdictul medicului fără a avea certitudinea că este adevărat?
M: Ar fi regretabil dacă aș avea cu adevărat leucemie.
T: Așadar, gândul tău negativ va îmbrăca forma: „Voi continua să mă îngrijorez și să fac analize până când voi fi sigur că sunt sănătos".

În continuare, terapeutul îl va ghida pe client să identifice gânduri alternative raționale prin intermediul cărora să le combată pe cele negative, după modelul:

Gânduri negative automate:

„Aș putea avea leucemie. Nu poți fi niciodată sigur că nu te poți îmbolnăvi."

Gânduri alternative realiste:

„Analizele de laborator au ieșit foarte bine."

„Nu poți fi sigur de nimic, dar probabilitatea să fiu bolnav este foarte redusă."

8. Realizarea unei distincții între îngrijorările productive și cele neproductive, iraționale (Leahy, 2003)

Terapeutul îl va ajuta pe client să realizeze distincția dintre îngrijorările cu caracter adaptativ și cele inutile. Această distincție poate fi realizată prin intermediul unei exemplificări.

Să presupunem că trebuie să pleci în călătorie la Cluj. Îngrijorările productive vor fi legate de detalii tehnice cum ar fi: „am rezervorul plin? am anvelope de iarnă? am suficient timp să ajung la destinație la ora stabilită?" etc. Astfel de preocupări vor conduce la o conduită prudentă care va face să crească probabilitatea unei călătorii reușite. Îngrijorări cu caracter neproductiv ar putea fi: „ce va fi dacă voi face un atac de cord în timp ce conduc?", „ce va fi dacă prietena mea se va întâlni cu alt bărbat în timp ce eu lipsesc?", „ce va fi dacă mă vor ataca hoții atunci când opresc?" etc. Astfel de îngrijorări se referă la evenimente

posibile, dar cu un grad redus de probabilitate, descrise în termeni catastrofizanți și care prezintă situații asupra cărora ai un control foarte redus.

Ar fi bine să elaborezi două liste, dintre care una să cuprindă ce este de făcut, iar cealaltă, situații de genul „ce ar fi dacă?". Prima listă va cuprinde acțiuni care dovedesc prudența: alimentarea cu combustibil, achiziționarea unor pneuri adecvate sezonului etc., în timp ce a doua va include situații care nu pot fi rezolvate și care nu fac decât să crească sentimentele de neajutorare și teamă. Ruminațiile neproductive conduc la depresie și anxietate. Așa cum am mai subliniat, ele sunt formulate în termeni care sugerează catastrofe: „ce va fi dacă voi face un atac cerebral?"

Se sugerează clientului să reformuleze aceste întrebări în termenii unui demers centrat pe rezolvare de probleme: „care ar fi problema de rezolvat?", „ce aș putea face pentru a evita situația de care mă tem?" etc. (Leahy 2003).

9. Strategia limitării perioadei în care clientul este îngrijorat

Subiecții anxioși se îngrijorează aproape tot timpul la serviciu, la școală, acasă și mai ales înainte de a adormi, fapt ce le reduce semnificativ randamentul și le creează, în afara stării afective negative, tulburări de somn. Terapeutul va recomanda acestora să stabilească o perioadă — și nu un loc anume — când trebuie să se îngrijoreze. În cazul în care gândurile legate de îngrijorări apar în alte perioade ale zilei, clientul va trebui să le noteze pe o foaie de hârtie și să le păstreze pentru perioada special alocată. Instructajul administrat clientului va îmbrăca următoarea formă:

„Adesea simți că temerile și îngrijorările îți scapă de sub control. Ar fi bine să stabilești o perioadă din zi în care trebuie să te îngrijorezi cât poți de mult, timp de 30 de minute. Notează toate îngrijorările tale pe o foaie de hârtie. Dacă îți mai apar astfel de gânduri în alte etape ale zilei, notează-le pe un caiet și păstrează-le pentru perioada special dedicată îngrijorării".

10. Analizarea tendințelor către profeția autoîndeplinită

Subiecții care încearcă să explice cauzele care conduc la producerea unor evenimente negative ignoră adesea rolul pe care îl joacă ei în producerea acestora. Astfel, o persoană evitantă sau agresivă va fi, la rândul ei, evitată sau respinsă de ceilalți.

Instructajul adresat subiectului va fi următorul:

„Nu cumva problema ta reprezintă rezultatul modului în care te-ai comportat? Ai presupus că nimeni nu te agreează și nu ai interacționat cu ceilalți sau ai plecat de la petrecere după un sfert de oră?"

Prezentare de caz

Laura, o profesoară de engleză de 27 de ani, cu un fizic atrăgător, era convinsă de faptul că nu va întâlni un tânăr potrivit. Ea afirma că merge frecvent la petreceri, dar bărbații nu-i acordă atenție. Prezentăm în cele ce urmează un fragment din cadrul dialogului terapeutic.

Terapeutul: Ce gânduri îți trec prin minte atunci când mergi la o petrecere?

Laura: Mă gândesc că nu voi întâlni niciodată bărbatul potrivit.

T: În cazul în care o tânără femeie este interesată să cunoască un bărbat, cum crezi că își va manifesta acest interes?

L: Nu înțeleg întrebarea.

T: Crezi că îl va privi în ochi, îi va zâmbi, îi va pune întrebări și îi va face complimente?

L: Ei bine, eu nu pot să fac asta!

T: Dacă ai proceda astfel în loc să privești în jos și să te retragi imediat, ce crezi că s-ar întâmpla?

L: Poate că nu aș mai fi respinsă.

T: Ar fi chiar posibil ca bărbatul respectiv să-ți zâmbească, să se închege o conversație și chiar să-ți ceară o întâlnire.

11. Stabilirea probabilității de producere a unui anumit eveniment

Terapeutul îl va ghida pe client să stabilească probabilitatea de producere a unui eveniment negativ pe baza analizei unor informații din viața reală. De exemplu, este posibil ca un avion să se prăbușească, dar este puțin probabil, după cum demonstrează statisticile care monitorizează accidentele aviatice.

12. Schimbarea perspectivei

Adesea considerăm că problemele care ne deranjează în momentul de față vor continua să ne tulbure la nesfârșit. Din acest motiv, este necesară decentrarea clientului prin schimbarea perspectivei temporale. Aflat în stare de relaxare, clientul își va imagina că se deplasează în trecut, rememorând toate experiențele agreabile, sau în viitor, căutând să-și reprezinte cât de mult îl va mai deranja problema actu-

BCU Cluj / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ală peste câteva luni, un an etc. Instructajul administrat subiectului este următorul:

„Închide ochii, așază-te comod și relaxează-te după metoda învățată. Imaginează-ți acum că faci o călătorie în viitor... te deplasezi în timp peste șase luni, un an, doi ani..." „Mă întreb: cât de mult te va mai tulbura faptul că nu ai obținut nota maximă la licență?"

13. Prescrierea paradoxală a imaginii vizuale cu conținut negativ

Mulți clienți își accentuează trăirile emoționale disfuncționale încercând să oprească gândurile și imaginile cu conținut negativ. În astfel de cazuri, terapeutul va da indicația cu caracter paradoxal ca pacientul să-și imagineze cât mai multe scene negative, realizându-se astfel un proces de desensibilizare. Instructajul administrat subiectului este următorul:

„Adesea pierdem mult timp îngrijorându-ne de faptul că se poate întâmpla ceva rău. Te poți îngrijora că nu vei reuși să adormi în următoarele ore, că nu vei adormi deloc și că a doua zi te vei simți epuizat. Aș dori să-ți reprezinți cel mai rău lucru care se poate întâmpla și să repeți această imagine de cât mai multe ori până ce te vei plictisi de ea".

Pentru a ajuta clientul să-și reprezinte cel mai rău lucru posibil, terapeutul va aplica tehnica săgeții verticale.

14. Restructurarea atitudinală:
încurajarea atitudinii de acceptare a unor evenimente și situații

Terapeutul se va adresa clientului astfel:

„În loc să încerci să controlezi și să schimbi totul, poate că ar fi mai bine să accepți unele lucruri și să te bucuri de partea bună a lor. Învață să accepți cu detașare situațiile, comportându-te ca un observator neimplicat afectiv, fără să judeci sau să întreprinzi neapărat ceva, lăsând evenimentele să se deruleze de la sine".

Procesarea informației și erorile de logică

Așa cum am mai subliniat, terapeuții cognitiviști sunt de părere că tulburările emoționale cum ar fi depresia și anxietatea sunt generate, menținute și amplificate de distorsionările cognitive care apar în tim-

pul procesării informațiilor. Aceste distorsionări se referă la recepționarea selectivă a acelor date care vin să confirme gândurile negative și convingerile disfuncționale. Leahy (2003, p. 158) ne prezintă principalele strategii de identificare și corectare a erorilor de logică.

1. Căutarea selectivă (limitată)

Clienții care suferă de depresie sau anxietate au tendința de a selecta acele informații care vin să confirme gândurile și convingerile negative, ignorându-le pe cele care le infirmă. Psihologii cognitiviști numesc acest proces „eroarea de confirmare".

Terapeutul va adresa clientului următorul instructaj:

„Vom investiga acum procesul denumit căutare selectivă (limitată) care te determină să acorzi atenție mai ales acelor date și fapte care vin să confirme temerile sau gândurile triste. Să presupunem că nutrești gândul: «sunt un ratat». Acest lucru te determină să te concentrezi doar asupra eșecurilor și să ignori toate situațiile în care ai avut succes. Pentru a verifica dacă ai tendința de a gândi astfel, ar fi bine să-ți adresezi următoarele întrebări:

Care sunt informațiile care vin în sprijinul gândirii mele negative și care sunt cele care o contrazic? Cum ar evalua ceilalți această situație? Care ar fi avantajele și costurile procesării selective a informației? Ce consecințe neutre sau pozitive mai pot să prevăd? etc."

Dialogul dintre client și terapeut va decurge astfel:

Terapeutul: Afirmi că te simți foarte deprimată pentru că nu te-ai prezentat bine la examenul de informatică. Ce notă ai luat?
Ana: Am luat nota 7 și aceasta reprezintă un mare eșec pentru mine.
T: Ce concluzie tragi din asta?
A: Că sunt o proastă!
T: Ce note ai luat până acum?
A: Un singur nouă și restul 10.
T: Îți concentrezi atenția doar asupra rezultatului slab?
A: Da.
T: Cu ce medie ai terminat liceul?
A: 9,85.
T: Din câte înțeleg, acorzi o atenție specială doar examenului la care nu te-ai prezentat prea bine, ignorând toate succesele tale trecute. Dacă ar fi să analizezi rezultatele pe care le-ai avut până acum și rezultatele colegilor tăi, ce ai putea spune?
A: Pot spune că sunt printre primii trei studenți din seria mea.

2. Desconsiderarea datelor care indică probabilitatea de producere a unui eveniment negativ

Kahneman (1995) și Kahneman și Trersky (1979) au demonstrat experimental faptul că marea majoritate a oamenilor pune accentul pe informațiile de dată recentă, relevante pentru persoana în cauză și care au tendința de a „sări în ochi", ignorându-le pe cele referitoare la frecvența ce indică probabilitatea de producere a unui eveniment.

Astfel, de exemplu, un client cu fobie de zbor cu avionul va considera că este foarte periculos să zbori cu avionul, bazându-și temerile pe știrea care a apărut la televizor despre un avion care tocmai s-a prăbușit, știre însoțită de imaginile epavei în flăcări. Subiectul în cauză va fi convins de faptul că avionul cu care urmează să se deplaseze se va prăbuși în mod cert, ignorând statisticile care demonstrează că avionul este cel mai sigur mijloc de locomoție.

În astfel de situații, terapeutul va adresa clientului următorul instructaj:

„Atunci când are loc un eveniment neplăcut, avem tendința de a ne concentra asupra celor petrecute, ignorând cât de des se produce acel eveniment în viața reală. De pildă, o persoană se poate teme că are o tumoră cerebrală dacă suferă de dureri de cap, fără a se întreba ce procent din populație cu dureri de cap are și tumoră cerebrală. Să examinăm acum natura îngrijorărilor tale și să vedem cât de frecvent au loc accidente aviatice."

3. Examinarea caracterului absurd al unor afirmații

Mulți clienți depresivi sau anxioși au tendința de a trage concluzii cu caracter absurd, lipsit de logică:

„Am căzut la examen, înseamnă că sunt un ratat";

„Dacă este posibil să se întâmple lucruri rele, atunci ele se vor întâmpla cu siguranță";

„Dacă Maria nu mă place, înseamnă că nu merit să fiu iubit";

„Dacă nu s-au întâmplat unele lucruri pozitive, înseamnă că va urma ceva rău".

Așa cum am mai subliniat, cel mai frecvent întâlnite erori de logică sunt:

- suprageneralizarea (se trag concluzii cu caracter general pornindu-se de la un eveniment singular);
- identificarea individului ca persoană cu un comportament particular;

- confundarea posibilității de producere a unui eveniment cu necesitatea sau probabilitatea;
- opinia conform căreia toate evenimentele sunt legate unele de altele etc.

Strategiile de combatere a gândirii lipsite de logică

1. *Identificarea contradicțiilor în termeni*: nu cumva nutrești gânduri care vin în contradicție unul cu altul, ca de pildă: „Aș dori să cunosc cât mai mulți oameni, dar nu suport să fiu respins în nicio situație".

2. *Reducerea la absurd*: caută să sesizezi absurditatea raționamentelor „dacă sunt singură înseamnă că nu merit să fiu iubită; toți oamenii căsătoriți au fost înainte singuri, deci toți oamenii căsătoriți nu merită să fie iubiți".

3. *Identificarea cercului vicios*: fii atent dacă nu cumva te învârtești într-un cerc vicios din care nu poți scăpa — „cred că sunt un ratat pentru că sunt depresiv și sunt depresiv pentru că mă simt un ratat". Terapeutul va adresa clientului întrebări de tipul următor:

„Date fiind faptele, ce concluzii poți să tragi?"

„Mai pot fi trase și alte concluzii?; Este posibil să-ți imaginezi și un alt final?"

„Poate o altă persoană să prevadă un alt final?"

„Nu cumva confunzi posibilitatea cu necesitatea producerii unui eveniment?"

„Atunci când prevezi că un eveniment va produce un altul, pe ce te bazezi?; Ce fel de legături crezi că există între evenimente?" etc.

Prezentăm, în cele ce urmează, un fragment din dialogul terapeutic:

Terapeutul: Ai afirmat că „dacă este posibil ca liftul să cadă, atunci probabil că va cădea".
Iulia: Chiar dacă pare absurd, chiar așa cred.
T: Este posibil să intri în contact cu un spirit?
I: Cred că da, deși nu am văzut niciunul!
T: Nu ai văzut niciun lift prăbușindu-se. Ambele situații sunt posibile, dar mă întreb cât sunt de probabile?

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I: Nu știu. Să văd o fantomă este foarte puțin probabil, dar nu sunt sigură în privința ascensoarelor.
T: Ei bine, de câte ori ai auzit că ar fi căzut vreun lift?
I: Niciodată.
T: Nu ar fi mai logic să consideri că este vorba de un eveniment improbabil?
I: Cred că da.
T: Ce s-ar întâmpla dacă ai considera că toate evenimentele posibile sunt probabile?
I: Cred că aș fi în permanență speriată.

4. *Combaterea gândirii magice*

Fiecare dintre noi a realizat măcar o dată în viață o relație cauzală între două evenimente care nu au nicio legătură unul cu celălalt. Acest tip de gândire mai poartă și denumirea de gândire superstițioasă și are la bază tendința de a găsi cauzele unor evenimente care ne scapă de sub control. Clienții depresivi sau anxioși utilizează acest mecanism pentru a găsi argumente în favoarea gândurilor și convingerilor lor negative. În astfel de cazuri, sarcina terapeutului va fi să aducă contraargumente la aceste false corelații sau scheme cognitive. Adesea se consideră că două evenimente au legătură unul cu celălalt pur și simplu pentru că se succed în timp. Gândirea magică poate îmbrăca forme de tipul următor:

„Am fost îmbrăcată cu rochia verde atunci când am căzut la examenul de licență, asta înseamnă că rochia respectivă îmi poartă ghinion."

„Când mă urc în metrou trebuie să pășesc cu piciorul drept, astfel nici una dintre garniturile de metrou cu care am călătorit nu a luat foc."

Terapeutul va administra clientului care prezintă un astfel de model de gândire următorul instructaj: „Ai tendința să consideri că dacă două evenimente au loc în același timp sau se succed, aceasta înseamnă că au o legătură unul cu celălalt. Dacă s-a prăbușit un avion pe un aeroport, înseamnă că pe acel aeroport se vor prăbuși multe avioane. Pentru a verifica dacă un eveniment reprezintă cauza altui eveniment, ar trebui să verifici de câte ori nu s-a produs al doilea eveniment, atunci când a avut loc primul. Astfel, dacă afirmi că este periculos să zbori cu avionul pentru că ai citit de curând un articol despre o catastrofă aeriană, ar trebui să verifici de câte milioane de ori oamenii au efectuat zboruri fără să se întâmple nimic".

5. *Combaterea falselor alegeri cu caracter dihotomic*

Mulți pacienți depresivi consideră că nu au decât două alternative, ambele indezirabile, și că se află prinși într-o capcană, trăind un sentiment de neajutorare.

Maria, o tânără în vârstă de 28 de ani, cu o căsnicie nefericită și aflată într-o relație cu un bărbat căsătorit, era convinsă că nu are altă varianta decât alegerea între cele două relații, ambele indezirabile. Clientei nu-i trecea prin minte că mai are și alte alternative pentru a se simți bine: să găsească un bărbat liber, să-și petreacă timpul cu prietenii sau să se înscrie la un curs postuniversitar. Terapeutul va ajuta clientul să analizeze alternativele, explicându-i avantajele renunțării la stilul de gândire „totul sau nimic" și precizându-i beneficiile și costurile fiecărei variante.

Termenii în care se exprimă falsele alternative sunt următorii:

„Trebuie neapărat să aleg între două locuri de muncă, doi parteneri, două facultăți etc."

„Trebuie să realizez acest lucru acum sau niciodată."

„Trebuie neapărat să păstrez acest serviciu pentru că nu voi mai găsi niciodată altul" etc.

6. *Strategia reducerii la absurd*

Una dintre cele mai eficiente tehnici de contraargumentare este strategia reducerii la absurd, ca în exemplul de mai jos: „Unii oameni care comit erori sunt proști. Eu am comis o eroare, înseamnă că sunt un prost!"

Prezentăm în cele ce urmează un fragment din cadrul dialogului terapeutic.

Terapeutul: Ai afirmat că dorești să mori pentru că te simți lipsită de valoare.

Marta: Nimic nu îmi iese cum trebuie.

T: Ce înțelegi prin persoană lipsită de valoare?

M: Cineva care nu a avut prea multe realizări.

T: Ce înțelegi prin asta?

M: Este vorba despre o persoană care nu a avut prea multe succese și nu a acumulat averi.

T: Consideri că persoanele care nu au succese și nu sunt bogate sunt lipsite de valoare?

M: Cred că da.

T: Mergând mai departe pe linia raționamentului tău putem considera că persoanele lipsite de valoare nu merită să trăiască?

M: Da, pare cam dură afirmația.

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

T: Atunci am putea concluziona că aceia care nu au succes și nu sunt bogați ar trebui uciși?
M: Nu aș merge atât de departe.
T: De ce nu? Spartanii îi ucideau pe cei bolnavi sau handicapați.
M: Ar fi inuman să procedăm astfel.
T: Atunci de ce nutrești o atitudine atât de inumană față de propria persoană?

7. *Combaterea logicii afective*

O trăsătură caracteristică a pacienților depresivi și anxioși o reprezintă evaluarea realității prin prisma propriilor trăiri emoționale, după modelul: „Dacă mă simt speriat, înseamnă că situația prezintă pericol". Finucane, Alhakami, Slovie și Johnson (2000) au demonstrat experimental faptul că o creștere a activării anxioase conduce la o supraestimare a pericolelor.

Dialogul dintre terapeut și client se desfășoară astfel:
Terapeutul: Ai afirmat că te simți foarte speriat că trebuie să zbori cu avionul până la Viena. Descrie sentimentele pe care le trăiești.
Lucian: Tremur tot timpul, nu mă gândesc decât la faptul că mâine voi călători cu avionul și că acesta se poate prăbuși. Mă simt încordat, transpir și nu pot să dorm.
T: Ce îți spui în gând atunci când te simți atât de încordat?
L: Îmi spun că trebuie să fie foarte periculos să zbori cu avionul.
T: Se pare că utilizezi teama și supraîncordarea ta drept dovezi ale faptului că este periculos să zbori cu avionul.
L: Da, atunci când mă simt speriat sau încordat, cred că se va întâmpla ceva rău.
T: Chiar crezi că temerile tale sunt dovezi ale faptului că vei trăi o experiență negativă?
L: Nu, dar așa simt.
T: Ce ar fi să ignori modul în care te simți și să te întrebi care sunt dovezile incontestabile că zborul de mâine va fi extrem de periculos?
L: De fapt, nu am nicio dovadă reală.

8. *Combaterea argumentărilor bazate pe autoritate*

Frecvent, oamenii argumentează un anumit lucru invocând fie autoritatea („mama mea spunea..."; „șeful spunea..."), convențiile sociale („toată lumea face așa") sau particularitățile unei persoane („el spune asta pentru că este un mizerabil!").

Astfel de argumentări nu demonstrează faptul că un anumit lucru este adevărat, logic, dezirabil, practic sau moral.

Prezentăm, mai jos, un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Afirmi că îţi este ruşine pentru că eşti prea grasă; de ce?

Andreea: Celorlalţi nu le plac oamenii graşi!

T: Tuturor?

A: Nu chiar, dar mama mea mă critica tot timpul, băieţilor le plac fetele foarte slabe, fotomodelele sunt slabe.

T: Să înţeleg că îţi bazezi argumentarea pe autoritatea mamei, pe ceea ce spun colegele sau pe clişeele lansate în media. Ai auzit cumva de Galileo Galilei?

A: Evident, a fost un savant.

T: El a fost condamnat de Biserica Catolică pentru că a spus că pământul nu se află în centrul sistemului solar, este rotund şi se învârteşte. Cine a avut dreptate?

A: Evident, Galileo Galilei, dar acest lucru nu este valabil pentru mine. Eu chiar sunt supraponderală.

T: Ce greutate ai?

A: 64 de kilograme la 1,73 înălţime.

T: Din punct de vedere medical te situezi în limite normale. Te simţi ruşinată pentru că ai fost criticată de mama ta şi ai dorit neapărat să arăţi ca un manechin. Viaţa reală a dovedit că nu totdeauna manechinele sunt cele mai apreciate şi dorite femei. Poate ar fi mai bine să fii tu însăţi, să-ţi elaborezi un stil personal care să te avantajeze.

Alte strategii cognitiv-comportamentale

Gândurile negative automate pot fi parţial adevărate. O persoană poate face greşeli sau poate să nu obţină note suficient de mari, iar aceste situaţii sunt privite de subiect ca fiind nişte catastrofe.

Strategiile cognitive utilizate în astfel de cazuri au rolul de a contribui la schimbarea perspectivei din care sunt privite evenimentele.

1. Tehnica diagramelor

Atunci când se produce un eveniment negativ, clienţii înclinaţi spre depresie au tendinţa de a se învinovăţi în proporţie de 100% de apariţia situaţiei respective, personalizând cauzele evenimentului şi abordându-l în termenii „totul sau nimic". O clientă care a divorţat consideră că numai ea poartă vina separării, iar un tânăr ce nu reuşeşte să-şi găsească un serviciu se învinovăţeşte în totalitate de acest lucru.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Strategia terapeutică presupune alcătuirea unei diagrame în care clientul trebuie să stabilească — în procente — diferitele cauze sau responsabilități pentru producerea unui eveniment.

O femeie care se considera pe deplin vinovată de divorț a fost sfătuită să stabilească și alte cauze posibile pentru situația creată:

- Intervenția soacrei 30%
- Interese și preocupări diferite 10%
- Gelozia nejustificată a soțului 20%
- Solicitările materiale exagerate ale primei soții 20%
- Lipsa de diplomație a clientei 20%.

Clienților care se învinovățesc exagerat de mult, terapeutul le poate cere să joace rolul avocatului apărării care trebuie să identifice motive pentru care subiectul este mai puțin vinovat (Leahy, 2003, p. 192).

2. Tehnica scalei gradate

Clienții depresivi au o manieră de gândire dihotomică de tipul „totul sau nimic". O clientă care era convinsă de faptul că nimeni nu o agreează a fost solicitată să-și plaseze rudele, cunoștințele și prietenii pe o scală de la 0 la 100 în care:

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Mă urăsc din tot sufletul										Mă iubesc foarte mult

Instructajul administrat clientului poate îmbrăca următoarea formă: „Ai afirmat că faptul că ai căzut la licență este un eveniment îngrozitor. Te rog să plasezi evenimentul pe o scală de la 0 la 100, în care 0 înseamnă că nu s-a întâmplat nimic rău, iar 100 un eveniment extrem de rău, cum ar fi, de exemplu, războiul din Irak.

0	60	100
Niciun eveniment negativ	Eșecul la licență	Război din Irak

3. Tehnica standardelor duble (Leahy, 2003, p. 195)

Majoritatea oamenilor tind să fie mai raționali și mai obiectivi atunci când îi evaluează pe ceilalți.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În astfel de cazuri, terapeutul va trebui să solicite clientului să examineze implicațiile aplicării propriilor standarde asupra altor persoane.

Astfel, de pildă, o clientă care se considera o ratată pentru că relația ei de cuplu nu funcționase a fost întrebată dacă ar spune același lucru și despre prietena ei în cazul în care ar avea probleme similare.

Întrebările pe care trebuie să i le adreseze terapeutul sunt: „De ce trebuie să fii mai severă cu tine decât cu ceilalți?" sau „Cum te-ar judeca prietena ta în situația dată?"

4. Modificarea perspectivei

Clientului i se cere să examineze situația în care se află și în care se simte prins într-o capcană, dintr-o altă perspectivă, ca și cum ar privi-o de undeva de sus.

Exercițiul dă rezultate foarte bune dacă se realizează în stare de relaxare. (Se presupune faptul că subiectul stăpânește deja o tehnică de relaxare cum ar fi antrenamentul autogen al lui Schultz sau relaxarea progresivă a lui Jackobson.)

Studiu de caz

Marian și Camelia, economiști cu funcții de răspundere la două mari bănci, căsătoriți de curând, au început să se certe pornind de la treburile gospodărești.

Terapeutul: Tu și soția ta lucrați foarte mult la serviciu și sunteți de acord să vă ajutați unul pe celălalt în gospodărie. Să examinăm de ce te-ai enervat atât de tare când Camelia te-a rugat să duci gunoiul.

Marian: Nu m-a rugat, ci mi-a dat ordin!

T: Ce ți-a trecut prin minte atunci?

M: Că nu mă iubește și nu mă respectă.

T: Și cum ai reacționat?

M: Am făcut o criză de nervi, am țipat la ea.

T: Uneori suntem prinși de situație ca într-o capcană și ne este greu să vedem lucrurile din altă perspectivă. Închide ochii, ia o poziție comodă și lasă corpul foarte relaxat, așa cum ai învățat. Relaxează toți mușchii începând cu mușchii frunții, obrajii, maxilarele... gâtul, ceafa, umerii. Relaxează brațele, toracele, abdomenul, spatele, picioarele. Simți tot corpul relaxat și liniștit. Brațele tale devin grele, tot mai grele, grele ca de plumb... picioarele devin și ele grele, foarte grele, grele ca de plumb... Întregul corp este relaxat, destins și liniștit... Caută să-ți imaginezi acum că privești situația de undeva de sus, ca de la un balcon și te vezi în bucătărie împreună cu

Camelia. Observi și auzi totul cât se poate de bine. Descrie evenimentele pe care le observi.
M: Camelia a pregătit cina, a pus rufele în mașina de spălat, a făcut curat în bucătărie. Eu stăteam pe un fotoliu și păream cam prost dispus.
T: Ce s-a întâmplat mai departe?
M: Camelia a terminat de strâns în bucătărie, a pus masa și mi-a spus: sper că nu uiți să duci gunoiul!
T: De acolo de sus cum apreciezi situația?
M: Cred că s-a comportat normal. Oricum, ea a muncit mult mai mult decât mine. Cred că reacția mea a fost disproporționată.

5. Evaluarea experienței altora

Clientului i se va cere să analizeze maniera în care alte persoane au făcut față unor traume similare (pierdere, conflict, despărțire etc.) și să „descopere secretul acestora". Se poate sugera clienților perfecționiști să observe alți subiecți care au obținut rezultate inferioare lor și care se simt liniștiți și mulțumiți. Prezentăm, mai jos, un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Te simți deprimat și lipsit de valoare pentru că nu ai câștigat atât cât ți-ai propus. Ai colegi sau prieteni care câștigă mai puțin?
Matei: Mulți economiști câștigă mai puțin decât mine, dar eu îmi propun să câștig și mai mult decât câștig acum.
T: Cam câți specialiști din domeniul tău câștigă mai puțin decât tine?
M: Aproape toți colegii mei.
T: Poți să-mi spui ceva despre ei? Par ei deprimați sau au și experiențe pozitive în viață?
M: Vasile câștigă jumătate din cât câștig eu, deși a terminat facultatea cu mult înaintea mea. Este vesel, face sport, are o soție frumoasă, doi copii reușiți și un apartament cochet. Are un tonus bun și nu se plânge de nimic.
T: Cum reușește el aceste lucruri câștigând mult mai puțin decât tine?
M: Nu are așteptări atât de înalte.
T: Poate că ai avea de învățat de la Vasile cum poți să-ți trăiești viața.
M: Cred că ar trebui să am mai mult umor și să mă bucur mai mult de ceea ce am.

6. Strategia diversificării criteriilor (Leahy 2003, p. 206)

Majoritatea oamenilor au tendința de a se aprecia pe ei înșiși sau pe ceilalți după un singur criteriu, neglijând celelalte aspecte. Terapeutul îl va ghida pe client să diversifice criteriile după care evaluează o anumită situație.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cosmin, manager la o mare firmă, a devenit foarte deprimat deoarece nu a vorbit suficient de bine în cursul unei ședințe.

Dialogul terapeutic va decurge astfel:

Terapeutul: Ai afirmat că te-ai simțit un ratat pentru că ai avut unele ezitări când ți-ai prezentat raportul. Cât a durat ședința?
Cosmin: Aproape două ore.
T: De câte ori ai luat cuvântul?
C: Cred că de cinci ori.
T: Care crezi că ar fi criteriile după care am putea evalua performanța unui vorbitor în timpul unei ședințe?
C: Conținut, claritate, concizie, expresivitate.
T: La câte din aceste criterii a răspuns discursul tău?

Dacă subiectul ajunge să-și poată controla gândurile și imaginile, anxietatea sa anticipatorie va descrește simțitor și acesta va fi capabil să facă față mai bine situațiilor care îl sperie.

Acest lucru se poate realiza prin trei metode (Fensterheim și Jean Baer, 1977):

- Oprirea gândurilor
- Comutarea gândurilor
- Repetarea mentală încununată de succes

Oprirea gândurilor

Gândurile specifice anxietății anticipatorii sunt deosebit de persistente, detașate parcă de situația însăși, și se caracterizează printr-o creativitate deosebită, desigur în sens negativ, ele fiind capabile să creeze o adevărată profeție autoîmplinită.

Dacă subiectul își spune mereu „dacă voi zbura cu avionul, voi face o criză de isterie în timpul zborului", acest lucru se poate întâmpla. Pentru a sparge acest cerc vicios, subiectul trebuie să fie capabil să oprească fluxul gândurilor sale.

Iată un exercițiu de oprire a gândurilor:

Așezați-vă confortabil într-un fotoliu și închideți ochii. Evocați în minte unul dintre gândurile pe care doriți să le controlați. Faceți ca respectivul gând să apară. Aceasta reprezintă deja o formă de autocontrol. Îndată ce gândul apare (sub formă de imagine sau formulă verbală), opriți-l, administrându-vă autocomanda: STOP!

BCU "CAROL I" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Pronunțați apoi mental cuvântul „calm", relaxați în mod deliberat musculatura întregului corp și vă îndreptați atenția spre ceva plăcut. Comanda mentală trebuie să fie autoadministrată pe un ton ferm. Ea devine eficientă atunci când se produce cu adevărat oprirea gândului negativ asupra căruia se lucrează.

Pentru a spori efectul, comanda respectivă poate fi însoțită de lovirea ușoară a mesei sau a unei zone a corpului. Subiectul își poate reprezenta mental cuvântul „STOP!" scris cu litere roșii sau un polițist care ridică brațul. Realizați mai multe ședințe de autocontrol în cadrul cărora repetați mental de cinci ori secvența: GÂND NEGATIV – STOP – CALM – RELAXARE MUSCULARĂ – GÂNDURI REALISTE ALTERNATIVE.

Acest procedeu durează între 30 de secunde și un minut. Numărul de ședințe necesar va depinde de intensitatea anxietății anticipatorii. Unele persoane pot învăța relativ repede să-și controleze gândurile, în timp ce altele au nevoie de săptămâni pentru a atinge acest obiectiv.

Subiectul trebuie să utilizeze metoda în situațiile de viață ori de câte ori apare anxietatea anticipatorie. Pentru ca metoda să dea rezultate, trebuie respectate două reguli: regula „de îndată ce" și regula „de fiecare dată". Astfel, de îndată ce apare un gând negativ care tinde să declanșeze anxietatea anticipatorie, subiectul trebuie să declanșeze secvența: STOP – CALM – RELAXARE – GÂNDURI AGREABILE. Dacă se oferă gândului negativ șansa să câștige teren, acesta va fi mult mai dificil de controlat. De fiecare dată, fără excepție, când se ivește un gând negativ, acesta trebuie oprit.

Comutarea gândurilor

Atunci când gândim, ne imaginăm, visăm cu ochii deschiși, ne autoadministrăm adesea instrucțiuni care ne determină să reacționăm într-o manieră fobică, și acest mod de a reacționa se transformă în deprindere. Pentru a scăpa de o deprindere, trebuie să formăm o contradeprindere mai puternică. În cazul comutării, contradeprinderea constă în aceea că subiectul se autoprogramează să nu se mai teamă, declanșând o serie de gânduri contrare care trebuiesc întărite atât de mult, încât ajung să sufoce sau să înlocuiască gândurile negative inițiale.

Prezentăm mai jos un exercițiu aparținând psihologului american Homme (1973). Obiectivul este înlocuirea autocomenzilor care produc

teamă cu autocomenzi care declanşează comportamentul eficient şi adaptativ.

1. Evocaţi o situaţie anxiogenă împreună cu anxietatea anticipatorie care o însoţeşte. Elaboraţi o listă de instrucţiuni pe care vi le autoadministraţi (atât pe cele mărunte, referitoare la detalii, cât şi pe cele mari, care vă copleşesc). Iată, de pildă, autocomenzile pe care şi le administrează un subiect care se teme să meargă cu ascensorul:

– De îndată ce intru în bloc, voi începe să mă gândesc la lucrurile îngrozitoare care mi se pot întâmpla în lift.

– Când intru în clădire, mă voi uita dacă sunt oameni care să urce împreună cu mine.

– Voi începe să mă gândesc ce va fi dacă liftul se va opri între etaje şi nu voi putea ieşi.

– Când mă aflu în lift, voi sta într-un colţ, voi încorda muşchii şi voi începe să mă gândesc la toate lucrurile rele care se pot întâmpla.

– Voi fi atent la orice sunet sau vibraţie şi mă voi gândi că sunt semne că ceva nu este în regulă.

2. Pentru fiecare din aceste autocomenzi elaboraţi o listă alternativă de instrucţiuni care să ajute subiectul să facă faţă situaţiei după modelul:

– De îndată ce intru în clădire, dacă încep să mă gândesc la lucrurile îngrozitoare care se pot întâmpla, îmi voi spune că există o probabilitate foarte mică să se întâmple ceva rău.

– Dacă mă surprind uitându-mă să văd dacă nu vin alţi oameni să se urce cu mine în lift, îmi voi spune în gând că nu are nicio importanţă dacă mai sunt şi alţi oameni în lift sau nu.

– Voi căuta să-mi spun că există puţine şanse să se întâmple vreo catastrofă.

– Când mă voi afla în lift, îmi voi relaxa în mod deliberat musculatura şi mă voi gândi la ceva plăcut.

– Dacă aud un sunet neobişnuit, îmi voi spune că şi dacă ceva s-a defectat este probabil o neregulă minoră.

3. Notaţi noile comenzi elaborate pe o cartelă pe care fie că o purtaţi asupra dumneavoastră, fie o plasaţi într-un loc vizibil: lângă telefon, pe noptieră etc.

4. Alegeţi o serie de acţiuni familiare pe care le faceţi în fiecare zi: băutul cafelei, schimbarea canalelor la televizor, pieptănatul, spălatul pe mâini, utilizarea telefonului etc. Înaintea fiecăre-

ia dintre aceste acțiuni uzuale și frecvente recitiți instrucțiunile, repetați-le în gând și apoi realizați acțiunea respectivă. Se poate proceda și altfel: pronunțați noile instrucțiuni înainte de a face ceva care vă place (de pildă, înainte să mâncați o prăjitură sau să beți ceva).

5. Atunci când vă aflați într-o situație de viață care vă produce teamă, repetați-vă în gând instrucțiunile elaborate și căutați să le urmați. În câteva săptămâni, gândurile negative or să dispară și anxietatea anticipatorie va scădea.

6. După ce ați utilizat autocomenzile cu caracter reglator un anumit timp, puteți elabora și alte formule mai bune. Cu toate acestea, până nu aveți suficientă practică în domeniul tehnicii respective, instrucțiunile nu trebuie schimbate prea des.

Repetarea (modelarea) mentală încununată cu succes

Anxietatea anticipatorie îl face pe pacient să-și imagineze că va fi copleșit de teamă în situațiile critice. Acest gen de subiecți nu fac altceva decât să repete în gând cum se vor speria. Exercițiul propus de Alan Kazdin (1973) contribuie, prin intermediul antrenamentului mental, la stăpânirea fricii. Metoda constă în aceea că subiectul își imaginează în plan mental că face față cu bine situației anxiogene. Obiectivul îl reprezintă modificarea anticipării sentimentului de neajutorare, înlocuind „antrenamentele" prin care subiectul învață să se teamă cu antrenamente prin intermediul cărora acesta se descurcă în situațiile respective. Pacientului i se cere să elaboreze 12–14 scene în cadrul cărora un subiect model se află în situații anxiogene. Fiecare scenă trebuie să aibă un caracter realist, să fie relativ simplă și ușor de imaginat.

Modelul trebuie să fie un subiect de aceeași vârstă și sex cu persoana în cauză. În cadrul fiecărei scene, subiectul-model trebuie reprezentat în așa fel, încât să facă față anxietății, scena având un final pozitiv. Este mai indicat ca pacientul să descrie în scris scenele înainte de a practica antrenamentul mental. Iată un exemplu de astfel de scenă.

Modelul se îndreaptă spre fereastra de la etajul cinci al unui magazin universal și spune în gând: mă voi simți puțin amețită și încordată, dar voi izbuti să mă relaxez imediat. Pacientul trebuie să-și imagineze modelul ca fiind la început încordat, apoi, după o expirație prelungită, acesta se relaxează. Este necesar să se obțină reprezenta-

rea detaliată a persoanei-model care devine relaxată. Apoi, subiectul în cauză își imaginează persoana model mulțumită de sine și spunându-și: am reușit foarte bine.

În realizarea acestui tip de exerciții, pacientul trebuie să aleagă astfel de scene care se potrivesc cu fricile sale specifice.

Una dintre regulile de bază ale acestui tip de exercițiu constă în aceea că primele 10 secunde (din cele 12 sau 14) trebuie să reprezinte modelul etalon făcând față situației, și nu stăpânind-o perfect, deoarece acesta este un obiectiv ușor de atins de pacient. Ultimele scene pot să se refere la un model care face față situației complexe lipsit de anxietate (de exemplu, se apleacă peste balustrada balconului de la etajul 9 fără nicio problemă). O altă caracteristică a antrenamentului mental constă în aceea că pacientul vizualizează modelul administrându-și instrucțiuni cu caracter reglator, acestea fiind încununate de succes, ceea ce trebuie să facă și subiectul în cauză.

Într-o etapă ulterioară, subiectul, aflat în stare de relaxare, trebuie să-și imagineze scena respectivă exact așa cum a conceput-o în scris și să mențină fiecare imagine pe ecranul mental aproximativ 15 secunde. Imaginea respectivă trebuie percepută cu un maximum de claritate de care este capabil subiectul și abia apoi se poate trece la imaginea următoare.

Întregul exercițiu durează 5–10 minute.

Fiecare scenă trebuie repetată mental o dată pe zi, timp de o săptămână. Apoi scenele pot fi modificate în funcție de ceea ce crede subiectul că i-ar folosi mai mult, noile scene îmbunătățite fiind repetate, de asemenea, o dată pe zi, timp de alte două săptămâni.

Pacientului fobic sau anxios i se cere să se plaseze în mod real în situația anxiogenă (de pildă, să călătorească cu metroul) și să acționeze deliberat și în plan imaginar. El trebuie să-și autoadministreze aceleași instrucțiuni pe care și le-a administrat mental. Pacientul trebuie să continue practica atât în plan imaginar, cât și în plan real. De regulă, cu cât se îmbunătățește autocontrolul, cu atât se reduce anxietatea anticipatorie.

Autohipnoza

Dacă hipnoza reprezintă o stare modificată de conștiință indusă de către o altă persoană (hipnotizator, hipnoterapeut), autohipnoza este o stare asemănătoare pe care subiectul învață să și-o inducă sin-

gur. Starea trăită de subiect nu este altceva decât o relaxare mai profundă.

Pentru a încuraja independența și autonomia pacientului se recomandă astăzi tot mai mult practicarea autohipnozei, mai ales după ce subiectul a realizat câteva ședințe de hipnoză sub îndrumarea unui terapeut calificat, care are și menirea de a-l învăța principiile și tehnica autohipnozei.

Autohipnoza este considerată, alături de relaxare, o metodă de autoterapie, autoreglare a stărilor psihice ale omului și o modalitate de explorare creativă a eului, în care subiectul își poate cunoaște mai bine propriile probleme și le poate rezolva supunându-se propriilor autosugestii. În autohipnoză, subiectul își investighează lumea subiectivă, gândurile, amintirile, fanteziile, pentru a afla mai precis cine este el de fapt. Odată cunoscute dificultățile și particularitățile individului, se poate trece la depășirea acestora și la perfecționarea propriilor posibilități.

Concret, ce putem realiza prin autohipnoză?

- să ne cunoaștem mai bine și mai profund;
- să ne relaxăm după o zi încordată;
- să realizăm un inventar al propriilor noastre probleme și să stabilim o strategie de rezolvare a lor;
- să ne eliberăm, prin utilizarea autosugestiilor, de anxietate, tristețe, irascibilitate, insomnii, dureri de cap (de natură psihogenă), de fluctuații ale dispoziției și randamentului, de gânduri negative și complexe de inferioritate;
- să ne îmbunătățim capacitatea de concentrare a atenției, memoria, voința, să gândim mai lucid și să ne autoprogramăm psihicul pentru o viață mai sănătoasă și eficientă;
- să ne debarasăm de unele deprinderi negative, cum ar fi fumatul, consumul abuziv de alcool sau medicamente.

Ce trebuie să știm înainte de a face autohipnoză?

Psihicul omului nu se reduce doar la elementele conștiente, de care ne dăm seama, ci el cuprinde și zone inconștiente, la care nu avem acces cu ajutorul gândirii raționale și care conțin atât resurse și disponibilități creative nebănuite, cât și conflicte și psihotraume reprimate care se pot transforma în simptome nevrotice sau psihosomatice.

Inconștientul poate lucra în favoarea individului sau împotriva lui, îl poate face un creator fericit și eficient sau dimpotrivă, un om nefericit sau chiar bolnav.

Observațiile empirice și practica clinică au arătat că, de cele mai multe ori când apare un conflict între conștient și inconștient, inconștientul este cel care câștigă bătălia. Mulți psihologi spun chiar că inconștientul este un fel de „șef", care ne conduce fără ca noi să ne dăm seama. În același timp însă, la nivel inconștient nu se poate face deosebirea dintre adevărul sau falsul unei informații, neexistând posibilitatea de testare a realității. Dacă, dintr-un motiv oarecare, s-a fixat informația: „Când Ana traversează o stradă sau o piață largă i se face rău", atunci când Ana se apropie de locul cu pricina, criza se declanșează ca și cum ar fi apăsat pe un buton de comandă. În mod inconștient, se activează programul și se declanșează simptomul. Programarea „inconștientului" se poate realiza în stare de relaxare sau, și mai eficient, în stare de autohipnoză prin autosugestii de tip afirmativ și prin tehnica imaginației dirijate (vizualizare), și prin practicarea gândirii cu conținut optimist. Autosugestiile sunt informații prin care subiectul își pune în gând cum dorește el să fie sau ce dorește să realizeze.

• Construirea autosugestiilor

Pentru ca aceste autosugestii să fie eficiente, ele trebuie să îndeplinească unele condiții:

- să se utilizeze doar informații cu conținut pozitiv (de exemplu, în loc de „nu-mi va mai fi niciodată teamă", trebuie să spunem: „sunt deja calm, puternic, echilibrat");
- autosugestiile se combină cu tehnica vizualizării;
- după ce am practicat un timp autohipnoza sau relaxarea, putem utiliza și autosugestii în stare de veghe, atunci când ne simțim nervoși;
- autosugestiile administrate în stare de relaxare trebuie să fie utilizate anticipat, atunci când ne pregătim să facem față unei situații dificile sau care ne creează teamă.

Persoana care dorește să practice autohipnoza trebuie să învețe să-și creeze propriile autosugestii pentru a-și rezolva problemele personale. Acestea trebuie construite pornind de la conținutul problemelor și gândurilor negative care îi vin în minte.

De pildă, pentru o persoană cu gânduri suicidare se poate construi sugestia: „Viața mea conține multe lucruri pozitive", „Vreau să trăiesc până mă bucur de toate lucrurile pozitive din viața mea".

Iată, pentru exemplificare, câteva modele de autosugestii pentru îmbunătățirea imaginii de sine (Handley și Neff, 1985):

- sunt o persoană echilibrată, eficientă și generoasă, care merită să aibă succes;
- zi de zi, pe toate căile, eu devin persoana care doresc să fiu;
- sunt perfect calm, fericit, cu încredere în mine;
- corpul meu este perfect sănătos și normal;
- mintea mea funcționează perfect și găsesc în mine noi posibilități creative de a trăi.

• Tehnica vizualizării

Vizualizarea („a te vedea în minte"), o altă tehnică de autoprogramare a inconștientului, constă în reprezentarea mentală a modului în care dorim să ne comportăm. Ea se deosebește de simpla reverie sau visare diurnă prin aceea că se realizează numai în stare de relaxare sau autohipnoză și are un caracter dirijat și planificat.

Pentru ca vizualizarea să aibă efectele dorite, trebuie să respectăm, de asemenea, câteva reguli elementare:

- imaginile să aibă un conținut pozitiv;
- să se folosească imagini detaliate, vii;
- imaginea să fie asociată cu autosugestia și cu starea afectivă corespunzătoare;
- să se lucreze cu această tehnică suficient de mult timp (cel puțin 30 de zile pentru a rezolva „o problemă").

• Gândirea optimistă

Unii oameni sunt stresați din cauza personalității de bază. Ei fac probabil parte din cadrul tipului A de personalitate, care muncește zi și noapte fără odihnă, fără să-și acorde timp de relaxare sau distracții. Pentru persoanele astfel structurate, orice mic eșec este o catastrofă. Alte persoane au o imagine negativă despre sine din cauza psihotraumelor suferite în copilărie, iar o a treia categorie sunt persoanele care se văd pe sine în culori negative pentru că nu pot face față așteptărilor exagerate, irațională, pe care alții le pun în fața lor (de exemplu, părinții care nu concep ca fiul lor să nu fie premiant, care îl silesc pe acesta să cânte la pian și să învețe matematică, deși nu are aptitudini sau copilului i-ar plăcea altceva).

Oamenii pot atinge rezultate extraordinare când aleg corect lentilele prin care să-și privească propriile limitări. Acestea se realizează

prin concentrarea asupra calităților pe care le avem, și nu asupra defectelor noastre. Inconștientul persoanelor care au succes în viață e programat în mod spontan pe ideea că ei pot face lucruri mari. O astfel de programare se poate realiza însă și deliberat.

Odată ce am admis faptul că noi nu gândim clar și că gândirea „negativă" este o parte a propriului psihic, putem încerca să o modificăm prin intermediul strategiilor cognitiv-comportamentale descrise anterior.

Cum putem opri cursul gândirii negative atunci când am identificat-o?

O metodă simplă este să rugăm pe cineva apropiat să ne atragă atenția ori de câte ori gândirea noastră negativă este exprimată cu voce tare.

Când gândirea negativă se exprimă în limbaj inferior, putem utiliza fie metoda opririi bruște (ne spunem în gând: „oprește!"), fie pe cea a încetinirii vocii interioare cu conținut negativ (Unestahl, 1988). Aceasta constă în identificarea respectivei voci interioare și încercarea de a o face să ne răsune în minte tot mai încet, până când nu se mai aude aproape deloc.

Gândurile și convingerile realiste alternative, rezultate în urma restructurării cognitive, vor fi transformate în sugestii administrate în transă hipnotică.

Acțiunea cea mai eficientă o are gândirea optimistă în stare de relaxare sau autohipnoză. Pentru pacienta care se teme să iasă singură pe stradă pentru că va avea un atac de panică, se recomandă ca în starea de relaxare să își spună: „Ori de câte ori voi ieși pe stradă, corpul și mintea mea vor fi perfect relaxate. Mă voi simți calmă, echilibrată, destinsă. Mă bucur să ies pe stradă și să îmi rezolv singură problemele".

În același timp, ea se va vedea pe sine cu ochii minții mergând peste tot, cu o figură zâmbitoare, făcând lucruri interesante, care îi fac plăcere.

Primul pas în inducerea autohipnozei este învățarea unei tehnici simple de relaxare, după modelul următor:

Luați o poziție comodă, culcat pe spate, cu capul ușor ridicat (este indicat să se utilizeze o pernă mică) și brațele ușor depărtate de corp, palmele în sus și picioarele, de asemenea, ușor depărtate. Puteți, la nevoie, să vă așezați într-un fotoliu, cu capul sprijinit și brațele așezate comod pe brațele fotoliului sau pe coapse.

La început, încordați de câteva ori toți mușchii și apoi căutați să-i destindeți, închideți ochii și căutați să vă imaginați că destindeți mușchii frunții, obrajii, maxilarele. Căutați să simțiți pleoapele grele, grele ca atunci când sunteți pe cale să adormiți. Relaxați apoi mușchii cefei și gâtului, apoi umerii și brațele de sus până în vârfurile degetelor. Destindeți musculatura pieptului, abdomenului, spatelui.

Căutați să vă imaginați cum coloana vertebrală parcă se destinde pe dinăuntru, parcă vertebrele se depărtează unele de altele, ca verigile unui lanț care se întinde. Relaxați picioarele pornind cu coapsele, gambele și ajungând până la degete. Expirați de câteva ori profund și lent; imaginați-vă că, odată cu fiecare expirație, corpul devine tot mai moale, mai destins, mai liniștit. Apoi spuneți-vă în gând că brațele devin grele, tot mai grele, parcă ar fi de plumb. Imaginați-vă în același timp că două greutăți (cărți groase, săculeți de nisip) sunt așezate pe brațe și le apasă, făcându-le tot mai grele, grele ca de plumb. Vizualizați greutățile care apasă pe picioare și le fac din ce în ce mai grele.

Spuneți-vă apoi că tot corpul devine tot mai greu, tot mai greu, mai destins, mai liniștit, căutând să creați imaginea propriului corp care stă întins, liniștit, pe o pajiște însorită sau pe o plajă la mare.

Căutați să mențineți imaginea plăcută în care vă vedeți odihnindu-vă în mijlocul naturii și spuneți-vă că vă cuprinde o stare de calm, de liniște, de pace interioară.

Semnul că relaxarea a reușit este că vă simțiți destinși, liniștiți și parcă vă vine greu să ieșiți din starea pe care singuri ați creat-o.

Când doriți să reveniți, vă spuneți în gând că reveniți la normal, vizualizați corpul care revine la tonusul firesc, inspirați de câteva ori profund, expirați scurt, mișcați degetele de la mâini și de la picioare. Strângeți de câteva ori pumnii, inspirați și expirați și apoi vă ridicați vioi, fără însă a brusca organismul.

- **Tehnica relaxării**

Relaxarea reprezintă o decontracție musculară și nervoasă, în care clientului îi sunt administrate anumite sugestii. Acesta trebuie să se afle într-o poziție comodă, așezat pe fotoliu, cu capul sprijinit, sau culcat pe spate.

Prezentăm spre exemplificare următorul text:

Întindeți-vă comod pe saltea sau pe pat. Așezați-vă cât mai confortabil, cu brațele pe lângă corp și degetele desfăcute. Închideți ochii. Dacă vă vin în minte niște gânduri care vă agită, spuneți-vă în gând cu calm: stop! Alungați gândurile negative și concentrați-vă la ceea ce aveți de făcut.

Prima parte a exercițiului este dedicată încordării unor grupe musculare mari. Trebuie să vă concentrați asupra tensiunii musculare, să simțiți încordarea și apoi să vă relaxați. Începeți cu partea de jos a corpului. Întindeți vârfurile picioarelor încordând degetele, încordați gleznele, gambele, coapsele, fesele. Vă concentrați asupra musculaturii încordate, mențineți încordarea și apoi relaxați-vă.

Simțiți cum tensiunea dispare din corp. Acum relaxați degetele de la picioare, labele picioarelor, gleznele, gambele, coapsele, fesele. Totul se relaxează. Pe măsură ce musculatura se relaxează, vă cuprinde o senzație plăcută de greutate care cuprinde întreaga musculatură a picioarelor.

Încordați acum musculatura abdominală. Mențineți încordarea. Concentrați-vă asupra tensiunii. Relaxați apoi musculatura abdominală, relaxați-o tot mai mult. Lăsați tensiunea și încordarea să iasă din corp. Relaxați tot mai mult musculatura abdominală în profunzime. Încordați acum musculatura spatelui, care parcă se arcuiește ușor. Mențineți încordarea, concentrați-vă asupra ei și apoi relaxați mușchii spatelui. Relaxați-i cât mai mult, până aveți impresia că spatele dumneavoastră se contopește cu canapeaua sau cu salteaua pe care stați întins.

Vă concentrați acum asupra mușchilor toracelui. Inspirați profund și țineți-vă respirația. În timp ce mențineți aerul în plămâni, vă concentrați asupra musculaturii toracelui. Expirați apoi lent și prelungit și relaxați toracele. Atunci când expirația se încheie, vă simțiți calmi, destinși și liniștiți, ca atunci când vă pregătiți să adormiți. Relaxați tot mai mult mușchii toracelui.

Concentrați-vă din nou asupra fiecărei zone menționate: abdomenul este relaxat, spatele este relaxat, contopit cu salteaua, pieptul este relaxat. Respirația este calmă, liniștită, odihnitoare. Acum vă concentrați asupra musculaturii brațelor și umerilor. Strângeți pe rând fiecare pumn, încordați ambele brațe, umerii. Mențineți încordarea, mențineți-o cât mai mult și apoi relaxați-vă. Brațele se destind, degetele se desfac, simțiți cum tensiunea iese din corp. Relaxați degetele, antebrațele, brațele, umerii. Simțiți brațele grele, foarte grele, cuprinse de o greutate plăcută. Brațele sunt tot mai relaxate. Încordați mușchii

chii cefei și gâtului, arcuind ușor gâtul. Simțiți tensiunea și încordarea din zona gâtului și cefei. Mențineți încordarea și apoi relaxați gâtul și ceafa. Încordarea și tensiunea din zona gâtului dispar treptat. Gâtul este atât de relaxat, încât parcă se cufundă în perna pe care se sprijină.

Acum vă concentrați asupra mușchilor feței. Încordați mușchii frunții (încruntați-vă), strângeți pleoapele. Încordați musculatura nasului. Mențineți încordarea, vă concentrați asupra ei și apoi relaxați musculatura părții superioare a feței. Relaxați fruntea, sprâncenele, pleoapele, nasul. Ochii se relaxează tot mai mult, pleoapele devin grele, tot mai grele, ca atunci când vă pregătiți de somn. Vă cuprinde o senzație plăcută de somnolență, dar nu adormiți. Mențineți trupul relaxat și mintea activă și trează.

Încordați apoi musculatura obrajilor, maxilarele, limba, strângeți dinții. Mențineți maxilarele încordate. Apăsați cu limba pe dinții din față. Încordați cât mai puternic obrajii, maxilarele, limba, bărbia și apoi relaxați-le cât mai mult. Relaxați obrajii, maxilarele, limba, bărbia. Dinții se depărtează ușor. Maxilarele sunt tot mai relaxate. Bărbia și limba sunt foarte relaxate, tot mai relaxate. Întreaga musculatură a feței este relaxată, destinsă, liniștită.

Acum, în partea a doua a exercițiului, căutați să verificați cât de relaxate sunt părțile corpului dumneavoastră. Chiar dacă le simțiți relaxate, căutați să le relaxați și mai mult. Dacă vă vin în minte alte gânduri, le spuneți stop! și continuați să vă concentrați asupra a ceea ce faceți.

Întrebați-vă: mai există oare vreo tensiune în labele picioarelor, glezne, gambe, coapse sau fese?

Dacă există, identificați-o și relaxați acea zonă. Lăsați tensiunea să se ducă. Chiar dacă musculatura respectivă este relaxată, relaxați-o și mai mult, tot mai mult.

Vă întrebați în continuare: mai există oare vreo tensiune în zona abdomenului sau pieptului? Dacă da, îndepărtați acea tensiune expirând ușor și calm, așa cum faceți când vă pregătiți să adormiți.

Vă întrebați: mai este vreo tensiune în degetele mele, în brațe sau în umeri? Dacă da, înlăturați-o, lăsând brațele să devină din ce în ce mai grele, tot mai grele, părând că se confundă cu salteaua.

Vă întrebați: mai există vreo încordare în zona cefei și a gâtului? Dacă da, înlăturați-o, lăsând capul să cadă greu, confundându-se cu perna. Vă întrebați: mai există vreo tensiune în zona feței, obrajilor,

maxilarelor, frunții? Dacă da, lăsați tensiunea și încordarea să părăsească zona respectivă și relaxați tot mai mult mușchii feței.

Corpul dumneavoastră este perfect relaxat și liniștit. Imaginați-vă acum o scenă plăcută, relativ neutră, fără o încărcătură deosebită. Imaginați-vă, de pildă, că sunteți la mare, pe plajă, că vă plimbați pe o pajiște însorită etc. Dacă aveți dificultăți să vă imaginați aceste lucruri, repetați în gând, de mai multe ori, cuvântul „calm". Dacă mintea tinde să vagabondeze, o aduceți încet înapoi la scena plăcută sau la cuvântul „calm". În timp ce mențineți pe ecranul minții imaginea plăcută, relaxați tot mai mult mușchii gleznelor, gambelor, coapselor, feselor.

Vă concentrați pasiv asupra imaginii plăcute sau asupra cuvântului „calm" și relaxați musculatura abdominală, spatele, toracele. Spatele este atât de relaxat, încât se confundă cu salteaua. Respirația este calmă, liniștită, relaxată. Vă simțiți tot mai calm și mai confortabil. Imaginați-vă în continuare scena plăcută sau cuvântul „calm", relaxați degetele de la mâini, palmele, antebrațele, brațele, umerii, gâtul, ceafa. Vă simțiți tot mai calm și mai liniștit. Capul se cufundă plăcut în pernă.

Continuați să vizualizați scena plăcută sau să vă concentrați asupra cuvântului „calm" și în timpul acesta relaxați fruntea, sprâncenele, pleoapele. Pleoapele devin grele, ochii se odihnesc tot mai mult. Relaxați nasul, obrajii, maxilarele, musculatura gurii, limba, bărbia. Musculatura feței este complet relaxată și liniștită. Continuând să vă concentrați asupra scenei plăcute sau asupra cuvântului „calm", mai treceți o dată în revistă întreaga musculatură a corpului și, dacă mai identificați vreo urmă de tensiune, îndepărtați-o treptat, relaxând și mai mult întregul corp. Lăsați-vă purtat de senzația plăcută de calm și relaxare. Întregul corp este calm și relaxat, calm și relaxat, calm și relaxat. Acum veți număra de la 3 la 1 și când veți ajunge cu numărătoarea la 1, veți deschide ochii și vă veți ridica, odihnit, vioi și alert. 3... 2... 1. Reveniți la starea normală! Vă simțiți odihnit, vioi, alert.

Dacă relaxarea nu a reușit, nu fiți demobilizați, încercați de multe ori. Până la urmă inconștientul dumneavoastră va găsi singur soluția de a se pune în starea agreabilă în care poate lucra atât de bine.

Dar relaxarea nu este decât prima fază a autohipnozei, pe care mulți autori au denumit-o relaxare profundă.

După ce subiectul a parcurs câteva ședințe de hipnoză sub îndrumarea unui specialist sau a practicat cu succes relaxarea, modalitățile de a intra în autohipnoză i se vor părea destul de simple.

Hunter (1987, cit. Holdevici și Vasilescu, 1991) afirmă că se poate intra ușor în autohipnoză prin următoarele tehnici, care trebuie aplicate doar după ce s-a instalat o stare de relaxare ușoară:

- numărați în gând, rar, până ajungeți la o cifră mare (peste o sută); tehnica este mai eficientă dacă în timp ce numărați căutați să vizualizați cifrele scrise cu cretă pe o tablă;
- repetați de mai multe ori mental o serie de numere;
- repetați de mai multe ori literele alfabetului;
- imaginați-vă că vă urcați pe o scară, treaptă cu treaptă, spre terasa unui castel aflat într-o grădină frumoasă;
- ascultați în gând zgomotul plăcut produs de un râu de munte care curge lovindu-se de pietre și lăsați-vă purtat de sunetul respectiv;
- utilizați orice alt vis treaz (cu conținut optimist) cu care v-ați obișnuit;
- bucurați-vă de stimulii care vă sunt familiari (tic-tacul unui ceasornic, sunetul valurilor mării, o piesă muzicală favorită sau propriul ritm respirator), pentru a aprofunda starea de relaxare în care vă aflați.

Desigur, pentru inducție nu este nevoie de toate aceste tehnici deodată. Căutați să vedeți care dintre ele vă convine cel mai mult.

Veți recunoaște cu siguranță starea de autohipnoză după profunzimea ei, după senzația plăcută de plutire, de liniște, parcă de pierdere a percepției propriului corp, dar și după starea afectivă agreabilă de liniște, calm și încredere. Odată starea instalată, putem investiga inconștientul în legătură cu propriile probleme și apoi îl putem reprograma schimbându-ne întreaga existență, devenind mai sănătoși, mai echilibrați, mai fericiți, mai eficienți. Reprogramarea se realizează prin utilizarea autosugestiilor afirmative, a vizualizării, a cultivării gândirii optimiste și prin stabilirea unor scopuri precise legate de modul în care doriți să vă transformați.

A dori și a spera nu atrag automat după sine nicio schimbare. În schimb, stabilirea unor scopuri poate aduce schimbarea, ele reprezentând trepte de urmat pentru a face ca o schimbare să devină realitate. Fie că ne place, fie că nu, dorințele noastre devin scopuri pentru inconștient, se fixează sub forma unor programe care ne dirijează

existența. Din păcate, adesea, aceste scopuri se exprimă în sens negativ, blocându-ne activitatea.

Pentru ca scopurile propuse să ne ajute să ne dezvoltăm, trebuie să fim animați de dorința fierbinte de a reuși să le atingem. Scopul propus trebuie să fie suficient de important pentru individ, astfel încât să-l facă să-și mobilizeze forțele pentru a-l atinge.

În același timp, scopurile trebuie să fie realiste. Nu ne putem transforma peste noapte dintr-o persoană grasă într-una slabă, dar un scop bine stabilit pe termen lung poate să ne ajute să slăbim. Ca și celelalte autosugestii, scopurile trebuie exprimate în termeni pozitivi. Înlocuiți formularea „nu mai vreau să fiu grasă" cu formularea „mă văd suplă". Unii autori consideră că tot ceea ce s-a prelucrat în stare de autohipnoză se va întări în stare de veghe prin practicarea comportamentului „ca și cum", ceea ce înseamnă: „comportați-vă ca și cum ați fi deja persoana care doriți să deveniți".

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

III
Conceptualizarea cazurilor în psihoterapia cognitiv-comportamentală

Jacqueline Persons și Joan Davidson (2003) subliniază faptul că formularea cazului se referă la partea teoretică ce se află în spatele fiecărui caz clinic propus pentru psihoterapie.

Astfel, de exemplu, conceptualizarea unui anumit caz se poate baza pe teoria psihopatologică a lui Beck (Beck și colab., 1979) care postulează faptul că evenimentele externe activează schemele cognitive care, la rândul lor, generează simptome. Se precizează ce evenimente și ce schemă cognitivă specifică sunt activate pentru a produce niște simptome și probleme concrete la un anumit client. Conceptualizarea cazului îl ajută pe terapeut să alcătuiască un plan eficient de terapie (Hayes, Nelson și Jarrett, 1987). Conceptualizarea individualizată a cazurilor are o istorie lungă în terapia psihodinamică și comportamentală, aceasta pătrunzând relativ recent în terapia cognitivă.

Autorii de orientare cognitivă și cognitiv-comportamentală mai reprezentativi sunt Persons (1989), Persons și Thompkin (1997), Nezu, Nezu, Friedman și Heynes (1997), Koerner și Linihan (1997) și Ellis (1997). Persons și Davidson (2003) se referă la trei niveluri de conceptualizare: conceptualizarea la nivel de caz, la nivel de sindrom și la nivel de situație.

1. *Conceptualizarea la nivel de caz* se referă la formularea cazului în ansamblu, insistându-se asupra relațiilor dintre problemele clientului (Haynes, 1992).

Acest nivel îi este util terapeutului pentru selecționarea obiectivelor intervenției, acesta focalizându-se la început asupra acelor probleme care au un rol cauzal în raport cu celelalte. Astfel, depresia poate reprezenta o cauză pentru dificultățile maritale sau pen-

tru tulburările de comportament ale copilului care consumă droguri.

Persons și Davidson (2003) realizează o formulare inițială a cazului după primele trei–patru ședințe de psihoterapie. Conceptualizarea la nivel de caz se realizează, de regulă, pe baza informațiilor obținute de la nivelul situațional, precum și de la cel bazat pe problemă (sindrom). Persons și Davidson (2003, p. 89) subliniază faptul că o formulare de caz de tip cognitiv-comportamental include următoarele capitole: lista problemelor, diagnosticul, ipoteza de lucru, resursele și planul de tratament.

Lista de probleme include o listă a dificultăților clientului formulate în termeni concreți, comportamentali și care vizează următoarele domenii: simptome psihiatrice sau psihopatologice, sfera interpersonală, probleme somatice, financiare, gospodărești, probleme cu legea și legate de petrecerea timpului liber. Persons și Davidson (2003) recomandă realizarea unei liste cât mai exhaustive, pentru a nu omite vreo problemă și pentru a sesiza conexiunile și relațiile cauzale dintre acestea. Atunci când terapeutul observă faptul că pacientul are tendința de a ascunde unele probleme, el va decide dacă acestea va trebui incluse în listă imediat sau dacă discutarea lor trebuie amânată.

Linehan (1993) sugerează faptul că acele probleme care se referă la comportamente suicidare sau parasuicidare, precum și cele care interferează cu tratamentul (non-complianță la terapie) sau cu calitatea vieții (abuz de substanțe psihotrope, lipsa unei locuințe etc.) trebuie abordate prioritar, pentru că altfel vor interfera cu celelalte probleme ale clientului. Uneori este dificil de plasat o anumită problemă într-o rubrică sau în alta. De exemplu, tendința spre tergiversare poate fi o problemă profesională, dar și interpersonală. În astfel de cazuri terapeutul va discuta deschis cu clientul său și va plasa problema respectivă acolo unde o plasează acesta.

Prezentăm mai jos lista cu problemele Anei adaptată după Persons și Davidson (2003, pp. 92–93). Ana este o femeie atrăgătoare în vârstă de 35 de ani, care locuiește singură și lucrează ca profesoară de engleză. Aceasta a solicitat terapia pentru că se simte descurajată și nemulțumită de existența ei actuală și nu întrevede un viitor care să fie satisfăcător.

2. *Conceptualizarea la nivel de sindrom sau de problemă* se referă la nosografia psihiatrică și include sindroame și simptome cum ar fi depresie, anxietate, insomnii, tulburări ale conduitei alimentare etc.

Planul de tratament pentru un anumit sindrom depinde de modul în care este formulată problema. De pildă, în cazul unui pacient care suferă de oboseală cronică, formularea cazului ar putea merge pe mai multe direcții: consum excesiv de tranchilizante, gânduri negative sau ambele. Conceptualizările diferite implică strategii terapeutice diferite cum ar fi schimbarea medicației sau combaterea gândurilor și convingerilor negative.

3. *Conceptualizarea la nivel de situație* se referă la reacțiile clientului într-o conjunctură dată, intervenția terapeutică referindu-se strict la situația respectivă; terapeutul notează situația, comportamentele, emoțiile gândurile disfuncționale ale clientului și reacțiile fiziologice.

Maria s-a prezentat la o ședință de terapie afirmând că s-a simțit foarte speriată când se afla în metrou; gândul ei negativ a fost: „Voi leșina și mă voi face de râs". Pentru a evita acest lucru, clienta s-a așezat pe un scaun foarte aproape de ușă și a coborât la prima stație. Reacțiile fiziologice ale clientei au inclus puls accelerat, amețeli, dificultăți de respirație, tremur și transpirație abundentă. În cursul ședinței de psihoterapie s-a lucrat asupra elementelor evidențiate de clientă.

A fost realizată următoarea listă de probleme:

- **Depresie, insatisfacție, apatie**

Scorul la Inventarul de depresie Beck este de 15 puncte.

Gânduri automate: „Serviciul meu este plictisitor"; „Nu voi găsi niciodată un partener potrivit"; „Sunt nefericită și probabil că așa voi fi totdeauna". Comportamente: tendință de amânare, nu-și finalizează acțiunile (se înscrie la gimnastică, iese cu prietenii, caută un alt serviciu, iese la întâlniri, dar nu duce nimic la bun sfârșit).

- **Dezorganizată, cu slabă capacitate de concentrare, neproductivă atât la școală, cât și acasă**

Nu-și pregătește atent planurile de lecție, lucrează superficial pentru examenele de grad, evită să facă reparații sau curățenie generală. Se simte depășită, are dificultăți de concentrare și își spune în gând: „Nu pot să rezolv asta, mai bine fac altceva". Clienta trece de la o activitate la alta fără vreo planificare și fără a avea obiective precise. La sfârșitul unei zile ea a reușit să facă mult mai puțin decât și-a propus și se simte tristă și descurajată.

• Insatisfacții în plan profesional

„Mă plictisesc la școală"; „copiii de azi nu mai învață nimic"; „sunt prost plătită"; „nu-mi place ceea ce fac".

Ana descrie mediul profesional ca fiind stresant și nesigur, („colegele sunt rele și bârfitoare"). Clienta are multe sarcini, dar nu se bucură de autoritate nici în rândul colegilor, nici în al elevilor. Ea ar dori să lucreze ca translator, dar nu face nimic pentru a căuta un astfel de loc de muncă.

• Izolare în plan social

Ana are mulți prieteni, dar își petrece relativ puțin timp în compania acestora. Vine acasă de la școală, corectează lucrările, se pregătește pentru lecțiile de a doua zi, se uită la televizor și se culcă. Se simte deprimată și lipsită de speranță.

Gânduri: „sunt prea obosită ca să mă mai duc să văd pe cineva"; „vreau să merg acasă și să zac în pat"; „oricum am de lucru". La sfârșit de săptămână invită la masă una sau două prietene cărora le oferă semipreparate, dar are prieteni pe care nu i-a mai văzut de luni de zile. Ana și-ar dori să meargă la diverse evenimente și să cunoască oameni noi, dar nu face acest lucru. În weekend se scoală târziu, are dificultăți să se concentreze asupra lucrărilor elevilor, care îi ocupă mult timp și din acest motiv refuză să se mai ducă undeva.

• Lipsa unei relații intime

Ana își spune în gând că ar dori să se căsătorească și să aibă copii, dar nu crede că va întâlni un bărbat potrivit. Se simte descurajată și lipsită de speranță. Își face planuri să meargă în locuri unde ar putea întâlni un bărbat, dar nu întreprinde nimic. Are uneori întâlniri sporadice cu tineri care nu sunt interesați de relații de lungă durată. Adesea își spune în gând: „Oricum nu va merge, de ce să mă mai obosesc"; „oricum nu voi întâlni un bărbat potrivit".

• Lipsă de asertivitate

Frecvent, Ana se supără pe colegi și prieteni pentru că nu îi respectă dorințele pe care însă nu și le exprimă. Gândurile care îi vin în minte sunt de tipul următor: „nu merită să spun nimic, pentru că oricum nu voi obține ceea ce doresc", „voi intra cu siguranță în conflict și mă voi simți mai rău decât dacă nu aș fi spus nimic". De curând, o

prietenă a rugat-o să-i mediteze fetița la engleză fără bani, iar o colegă o roagă mereu s-o suplinească. Ana acceptă astfel de solicitări, dar se simte furioasă și plină de resentimente.

Diagnosticul psihiatric nu face parte integrantă din terapia cognitiv-comportamentală. Cu toate acestea, Persons și David (2003) sunt de părere că introducerea acestuia este utilă demersului terapeutic putând ajuta la o formulare preliminară a unor ipoteze de lucru cu clientul.

În cazul Anei, diagnosticul după D.S.M. IV-R (Manualul Diagnostic și Statistic al Asociației Psihiatrilor Americani) ar fi următorul:

Axa L: Tulburare distimică.

Axa II: -

Axa III: -

Axa IV: Izolare socială, probleme ocupaționale.

Axa V: Nivelul global de funcționare 60.

Ipoteza de lucru

Aceasta reprezintă nucleul conceptualizării cazului, terapeutul elaborând o mică teorie asupra acestuia, care va cuprinde relațiile dintre diverse probleme. Unele dintre problemele clientului nu își au originea în activarea schemelor cognitive timpurii, ci sunt generate de alte probleme. Astfel, problemele maritale ale unei cliente depresive nu rezultă din activarea schemei cognitive, ci din simptomele depresiei care o determină să se izoleze de soț și fiică. De asemenea, alte probleme pot fi generate de aspecte de ordin medical sau de mediul social, ca în situația unei afecțiuni cronice sau a șomajului.

Conform teoriei psihopatologice cognitive a lui Beck, evenimentele externe activează schemele cognitive care, la rândul lor, generează probleme și simptome. Ipoteza de lucru descrie aceste evenimente, precum și schema cognitivă care este operațională în acest caz, evidențiind și interrelațiile dintre aceste componente și dintre problemele clientului. Terapeutul va formula o ipoteză cu privire la schema cognitivă sau la convingerile cognitive de bază care par să genereze și să mențină problemele din cadrul listei. Schema cognitivă cuprinde convingerile clientului cu privire la propria persoană, la ceilalți, lume și la viitor.

Este indicată și evidențierea unor convingeri cu caracter condițional („dacă, atunci") de tipul următor: „dacă îmi voi spune părerea, ceilalți se vor supăra pe mine".

Factorii precipitatori și situațiile activatoare se referă la acele evenimente de importanță mai mare sau mai mică ce facilitează apariția stărilor afective negative și a comportamentelor disfuncționale. Persons și Davidson denumesc evenimentele majore factori precipitatori și pe cele minore situații activatoare. Astfel, concedierea poate fi considerată factor precipitator pentru declanșarea unei depresii, în timp ce o ceartă cu soția este o situație activatoare.

Examinarea evenimentelor activatoare prezintă importanță și pentru identificarea schemelor cognitive de bază ale clienților, deoarece se va observa la ce tip de evenimente externe reacționează aceștia. De exemplu, un subiect cu schema „trebuie să obții totdeauna succese în orice împrejurare pentru a fi o persoană valoroasă" va fi vulnerabil la eșecuri, putând dezvolta o tulburare depresivă. Informațiile referitoare la situațiile problematice importante pentru un anumit individ sunt necesare și pentru stabilirea strategiilor specifice gestionării acelor situații. Terapeutul cognitivist va ajuta clientul să facă față mai bine unor situații de viață și să le modifice atunci când acest lucru este posibil.

În cazul ipotezei de lucru, terapeutul va trebui să identifice și câteva aspecte din copilăria clientului, despre care crede că au contribuit la structurarea schemelor cognitive sau la instalarea unor deficite în repertoriul abilităților de viață. După ce a obținut toate aceste informații, terapeutul va trage o concluzie din care să rezulte interacțiunile dintre componentele ipotezei de lucru, precum și dintre acestea și problemele clientului. Aceasta va fi prezentată clientului verbal și sub forma unei scheme. Ipotezele de lucru în cazul Anei:

- **Schemele cognitive de bază:**

„Nu merit afecțiune, sunt dezechilibrată emoțional, incapabilă să obțin succese";

„Ceilalți sunt egoiști, nu mă sprijină, nu mă ajută";

„Ceilalți sunt agresivi, hipercritici sau, dimpotrivă, pasivi, slabi, neajutorați";

„Lumea este periculoasă, solicitantă și nu oferă recompense";

„Viitorul nu aduce nimic bun".

- **Evenimente precipitatoare și activatoare**

Evenimentele precipitatoare se referă la realizările celor din jur: se căsătoresc, sunt promovați, schimbă locurile de muncă, au copii.

Participarea la botezul copilului celei mai bune prietene a determinat-o pe Ana să se prezinte la psihoterapie.

Situațiile activatoare se referă la acele împrejurări în care clienta s-a simțit blocată și nu a reușit să-și atingă obiectivele sau când a nutrit resentimente și s-a simțit împovărată de solicitările celorlalți, pe care nu îndrăznea să le refuze din cauza lipsei asertivității (atunci când i se cerea să suplinească pe cineva și accepta, deși nu dorea acest lucru).

- Cauzele tulburării: tatăl Anei era alcoolic și agresiv, lovindu-și adesea copilul și soția. Acesta o ironiza pe Ana spunându-i că e „proastă și nebună", mai ales când aceasta încerca să-și afirme punctul de vedere. Mama Anei părea neajutorată și fragilă, dând dovadă de un comportament evitant.
- Concluzia: Ipoteza de lucru postulează faptul că atunci când era pusă în situația de a întreprinde o acțiune pentru a-și atinge obiectivele, Anei i se activa schema cognitivă de bază că este incapabilă și dezechilibrată emoțional. Ea a învățat din comportamentul pasiv al mamei și din cel abuziv al tatălui că nu este capabilă să acționeze. Atunci când se activau aceste scheme cognitive, clienta devenea pasivă, nu își atingea obiectivele și se simțea deprimată și descurajată. Acest model de comportament se repeta atât la serviciu, cât și în alte situații psihosociale, generând dificultățile și problemele de care se plângea clienta.

Disponibilități și resurse

Acestea se referă la abilități sociale, simțul umorului, resurse financiare, un loc de muncă bun, o rețea formată din persoane de sprijin, inteligență, aspect fizic agreabil, deprinderi de exercițiu fizic, stil de viață sănătos etc. Cunoașterea disponibilităților și resurselor este utilă pentru formularea ipotezei de lucru (faptul că Ana dispune de abilități de comunicare de nivel ridicat exclude ipoteza că tendința ei de retragere ar fi datorată deficitului în această zonă), precum și pentru elaborarea planului de tratament, terapeutul sprijinindu-și demersul pe resursele de care dispune clientul.

Planul de psihoterapie

Planul se bazează pe concluzia rezultată în urma stabilirii ipotezei de lucru. Astfel, dacă terapeutul presupune că izolarea socială a clientului are la bază un deficit de abilități de comunicare, în planul de

BCU "M. EMINESCU" IAȘI

tratament vor fi incluse exerciții de dezvoltare a abilităților sociale, iar în cazul în care anxietatea socială rezultă din activarea schemei cognitive („dacă îmi voi exprima părerea, ceilalți se vor supăra și mă vor ataca"), demersul psihoterapeutic se va baza pe restructurare cognitivă, expunere și experimente în sfera comportamentală, pentru a verifica gradul de veridicitate al schemei cognitive și al gândurilor negative automate.

Obiectivele terapiei

Obiectivele sunt generate de lista de probleme și apar ca modalități de soluționare a acestora.

Odată ce clientul și terapeutul au căzut de acord asupra obiectivelor terapiei, se pune problema cum vor fi evaluate progresele terapiei. În unele cazuri se recurge pur și simplu la măsurarea frecvenței de producere a unui anumit eveniment (număr de atacuri de panică într-o săptămână). Alteori, se recurge la scalele de autoevaluare (notați pe o scală gradată de la 0 la 100 starea afectivă negativă care vă tulbură) sau la consacratele inventare de depresie, anxietate, tendințe obsesiv-compulsive (Beck, Hamilton, Burns).

Barierele și obstacolele care apar în calea terapiei

Analizând lista de probleme, schemele cognitive și ipoteza de lucru, terapeutul va trebui să anticipeze și să includă în planul de tratament și eventualele dificultăți care pot să apară pe parcursul demersului terapeutic. Exemple de astfel de dificultăți pot fi: șomajul, problemele financiare, boala gravă a unui membru al familiei, conflictele interpersonale ample etc.

Planul de terapie în cazul Anei

- *Obiective*:
  - Reducerea simptomelor depresive;
  - Dezvoltarea capacității de organizare și de stabilire a priorităților;
  - Găsirea unui loc de muncă de la care să obțină mai multe satisfacții;
  - Creșterea frecvenței întâlnirilor cu prietenii;
  - Acceptarea unor întâlniri cu tineri pentru sporirea șanselor de a găsi un partener potrivit;
  - Dezvoltarea deprinderilor de comportament asertiv.

BCU IAȘI - BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

- *Modalitatea în care se realizează psihoterapia*:
  - ședințe individuale de 40–50 de minute, de două ori pe săptămână.
- *Intervenții (strategii) terapeutice:*
  - Explicarea motivației și structurii intervenției terapeutice;
  - Învățarea unei tehnici simple de relaxare;
  - Monitorizarea activităților și trăirilor;
- *Restructurare cognitivă*: identificarea, combaterea și înlocuirea gândurilor negative automate cu unele mai raționale, alternative, experimentele în sfera comportamentală.
- *Antrenament asertiv.*
  - Antrenament mental: tehnica imaginației dirijate cu concentrare asupra imaginii de sine ideale;
  - Intervenții de modificare a schemelor cognitive de bază.
- *Tratamente adiționale*: fitoterapia, presopunctură, exerciții fizice (dans modern).
- *Dificultăți în calea realizării demersului terapeutic*:
  - Tendința de tergiversare: clienta va evita adesea să ducă la bun sfârșit sarcinile pentru acasă;
  - Lipsa asertivității: clienta va avea dificultăți să-i spună terapeutului ce teme pentru acasă nu dorește să îndeplinească.

În urma aplicării acestei scheme de terapie timp de 30 de ședințe, au fost obținute următoarele rezultate:

- Tendințele depresive măsurate cu ajutorul inventarului de depresie Beck s-au redus simțitor, de la 16 la 7 puncte;
- Clienta a devenit mai organizată și mai eficientă în activitate și și-a găsit un loc de traducător într-o instituție militară;
- Ea a reluat relațiile cu grupul de prieteni cu care se vedea o dată pe săptămână;
- S-a înscris la un curs de dans latino;
- A început să se întâlnească frecvent cu un coleg de la noul loc de muncă (după un an cei doi s-au căsătorit).

Clienta a relatat faptul că se simte mai mulțumită și vede viitorul ca fiind promițător.

După încheierea seriei de 30 de ședințe, clienta s-a mai întâlnit cu terapeutul de câteva ori, aproximativ o dată la două luni. La doi ani de la terminarea terapiei, clienta a mai solicitat o serie de ședințe pentru a depăși reacția de doliu după moartea mamei sale.

Conceptualizarea cazului a contribuit la succesul terapiei în următoarele moduri:

• *Alcătuirea listei de probleme a condus la clarificarea obiectivelor terapiei.*

La interviul inițial, Ana și-a descris problemele în termeni vagi: deprimată, nemulțumită de viață, „prinsă ca într-o capcană". Lipsa de claritate în formularea problemelor a făcut ca Anei să-i fie foarte dificil să găsească soluții pentru acestea. Pe măsură ce terapeutul a obținut informații referitoare la starea emoțională, comportament, gânduri și convingeri negative, a devenit posibilă alcătuirea listei de probleme care, la rândul ei, a stat la baza stabilirii obiectivelor terapiei. Ipoteza terapeutică l-a ajutat pe terapeut să mențină focalizarea demersului curativ, deoarece clienta a prezentat un amalgam de probleme: depresie, apatie, insatisfacție profesională, relații interpersonale ineficiente, tendință de tergiversare, randament scăzut și absența unei relații intime.

Ipoteza terapeutică a postulat faptul că, în momentul în care Ana se confrunta cu situații în care ar fi trebuit să acționeze pentru a-și atinge obiectivele, se activa schema ei cognitivă de bază: „Sunt o incapabilă, dezechilibrată emoțional și nu voi reuși niciodată nimic", schemă care o îndemna la pasivitate, fapt care la rândul său o împiedica să-și atingă obiectivele de viață. Acest lucru genera insatisfacție și îi producea clientei o dispoziție depresivă. Acest model de comportament funcționa atât la locul de muncă, cât și în relațiile interpersonale.

În loc să abordeze separat problemele clientei, terapeutul s-a folosit de această ipoteză pentru a acționa — prin intermediul unor strategii diverse — în vederea depășirii acestui model dezadaptativ de comportament. Mai precis, terapeutul a ajutat-o pe clientă să întreprindă diverse acțiuni pentru atingerea obiectivelor personale și să persevereze în aceste demersuri, chiar dacă simte un anumit disconfort sau este lipsită de speranță.

• Conceptualizarea cazului a ajutat clienta să joace un rol activ și colaborativ în cursul terapiei, lista de probleme și ipoteza terapeutică fiind formulate în urma unor discuții deschise, purtate între client și terapeut.

Clienta a înțeles faptul că tendința ei de a renunța și de a se simți descurajată are la bază o schemă cognitivă formată în copilărie și a colaborat activ pentru a testa în practică validitatea ipotezei de lucru.

Clienta a căpătat mai multă încredere în sine atunci când a realizat faptul că poate identifica și modifica modelele dezadaptative de comportament. Conceptualizarea cazului i-a permis terapeutului să prevadă și să gestioneze obstacolele și blocajele care apar pe parcursul demersului terapeutic. Astfel, de pildă, acesta nu s-a lăsat surprins de faptul că Ana avea dificultăți în îndeplinirea sarcinilor pentru acasă, aceste dificultăți fiind din aceeași categorie cu problemele cu care se confruntă clienta.

Obstacole care stau în calea unei psihoterapii eficiente

Psihanaliștii definesc rezistențele ca fiind modalitățile prin care pacientul luptă împotriva ideilor, imaginilor și impulsurilor inacceptabile generatoare de anxietate. Refularea acestora de către instanțele ego-ului și depozitarea în zone inconștiente ale personalității reprezintă cauza tulburărilor psihopatologice. Conceptul de rezistență a fost introdus pentru prima oară de Freud în anul 1890. Inițial, conceptul de rezistență a primit o conotație negativă, rezistența contribuind la menținerea cu orice preț a stării psihopatologice (Menninger, 1958, Stark, 1994). De-a lungul timpului, viziunea asupra rezistențelor a suferit modificări, rezistențele nemaifiind considerate în întregime un fenomen negativ care ține doar de variabila pacient. O serie de autori (Deaton, 1985, Gerber și Nehemkis, 1986, Adelman și Taylor, 1986, Ellis, 1985, Meichenbaum și Gilmore, 1982) au sesizat natura adaptativă a rezistențelor.

Astfel, rezistența la psihoterapie reprezintă o încercare a clientului de a recâștiga autocontrolul asupra unei părți a existenței sale (Adelman și Taylor, 1986). Nefiind de acord cu rolul pe care i-l propune terapeutul, clientul își exercită într-un fel autocontrolul (Leahy, 2001). Un alt exemplu de rezistență de tip adaptativ îl reprezintă situația în care clientul se opune autorității terapeutului despre care crede că nu a înțeles suficient de bine problema sa, ori nu l-a receptat sub aspect emoțional, supunându-l doar la o serie de strategii de intervenție terapeutică (Leahy, 2001).

Până în jurul anilor 1980, în ciuda caracterului contradictoriu, majoritatea autorilor au continuat să pună absența progresului terapiei pe seama unor atitudini sau particularități ale clientului (Davis, 1966, Gordis, 1976, Becker și Rosenstock, 1984). Mulți terapeuți, mai ales de orientare psihodinamică, se așteaptă ca pacientul să progreseze atunci când a obținut un „insight" (iluminare) asupra problemelor sale (Basch, 1982). Când acest progres se lasă așteptat, terapeutul frustrat își poate eticheta clientul ca fiind rezistent. Același autor denumește acest tip de rezistențe „pseudorezistențe".

Lazarus și Fay (1982) consideră că ceea ce terapeuții denumesc prin intermediul termenului de rezistență poate fi doar o raționalizare a eșecului în terapie. Ei sunt de părere că termenul de rezistență nu trebuie generalizat, terapeutul trebuind să realizeze diferența dintre rezistența clientului, rezistența problemei și factorii situaționali care o mențin. Caracteristici mai recente au evidențiat faptul că variabilele ce țin de client reprezintă doar unul din aspectele multiple care influențează rezistența la terapie, pe lângă acestea, procesul fiind determinat și de variabile ce țin de terapeut, de relația dintre client și terapeut, precum și de cele situaționale.

Psihoterapeuții de orientare cognitiv-comportamentală au accentuat rolul distorsionărilor cognitive ale clientului în apariția și menținerea rezistențelor la terapie (Burns, 1989) sau a stilului evitant de a face față problemelor (Beck, Freeman și colaboratorii, 1990). Freeman și McCloskey (2003) propun în locul termenului de rezistență (analitic) sau non-complianță (comportamental) pe cel de obstacol sau barieră în calea demersului terapeutic, autorii identificând 41 de surse ale acestor obstacole, surse care țin de client, de terapeut, de mediul înconjurător sau de patologia clientului. Sarcina terapeutului este să identifice aceste obstacole, să-l determine pe client să le conștientizeze și să includă în cadrul planului de terapie strategii specifice de contracarare a lor în vederea progresului terapiei.

Factori care țin de client (pacient)

1. Absența abilităților de a se integra în cadrul demersului psihoterapeutic și de a se conforma expectațiilor ce derivă din acestea

Se presupune adesea ca fiind de la sine înțeles că un client depresiv știe cum trebuie să procedeze pentru a-și face mici bucurii sau că unul anxios înțelege exact ce trebuie să întreprindă pentru a se calma.

Beck, Freeman și colaboratorii (1990) consideră că persoanele cu tulburări de personalitate nu au dobândit niciodată deprinderea de a pune în funcțiune comportamente adaptative.

2. Convingerile negative formate în urma eșecului altor tratamente

Medicamentele care nu au avut efectele scontate, terapiile încercate fără succes, banii cheltuiți sau timpul pierdut fără ca problema să se rezolve contribuie la crearea unui set de expectații negative referitoare la eficiența terapiei. Chiar dacă se obțin progrese și simptomele se ameliorează, mulți pacienți continuă să considere că terapia a eșuat, pentru că, dacă aceasta ar fi funcționat, ei nu s-ar mai afla în cabinet.

3. Convingerile negative referitoare la efectele pe care le vor avea asupra celorlalți, modificarea modului lor de comportament

Perspectiva sistemică în psihoterapie postulează faptul că pacientul identificat reprezintă adesea un exponent al unei patologii a familiei. Ținând seama de acest lucru, orice modificare în sensul ameliorărilor tulburărilor acestuia va avea repercusiuni asupra celorlalți membri ai sistemului familial. Din acest motiv, clientul se poate teme de faptul că orice schimbare ar putea avea un efect dezastruos asupra celorlalți, cum s-ar putea întâmpla în cazul tulburării obsesiv-compulsive.

4. Beneficiile secundare

Mulți subiecți învață repede că invaliditatea, în ciuda costurilor ridicate, le poate aduce și anumite avantaje cum ar fi: puterea exercitată asupra celorlalți, lipsa unor responsabilități sau stimulentul de a fi protejat sau iubit.

Aceste beneficii pot să provină de la persoane apropiate sau de la instituții, sau constau pur și simplu în reducerea anxietății.

5. Teama de schimbare a comportamentului, gândurilor sau stărilor afective

Unii clienți sunt deprimați, anxioși sau nefericiți, dar s-au obișnuit cu stările lor și consideră orice schimbare un potențial pericol.

6. Absența motivației pentru schimbare

Lipsa energiei care să-l determine pe individ să urmărească anumite obiective îl poate determina pe acesta să se mențină în aceeași

stare. În unele cazuri acționează factori care îl demotivează pe client, în altele, acesta nu este motivat să facă lucrurile în mod diferit. Așa cum am mai subliniat, Freeman și Dolan (2002) descriu câteva stadii ale motivației schimbărilor terapeutice: faza de noncontemplare, anticontemplare, precontemplare, contemplare, planificare a acțiunii, acțiune, prerecădere, recădere și menținerea noilor achiziții. Terapeutul va trebui să evalueze atent clientul, pentru a stabili în ce fază se află sub aspectul motivației schimbării.

Astfel, clientul aflat în faza noncontemplării nu știe că schimbarea este necesară sau utilă, rezistențele sale având la bază lipsa de informare. Subiectul aflat în faza anticontemplativă se va strădui din răsputeri să evite schimbarea pe care nu și-o dorește.

7. Montajul negativ

Clientul are tendința de a reacționa la orice intervenție terapeutică printr-un „nu" evident sau printr-o reacție de tipul „da, dar...". Nu există o cauzalitate clară a acestui set negativ, putând fi vorba de o reacție de apărare, de provocare, de un răspuns habitual sau negativismul care face parte din patologia persoanei.

Setul de reacții negative se poate generaliza de la un terapeut anume la psihoterapie în general sau la orice tip de relație apropiată. Un astfel de stil poate fi identificat la unii clienți care suferă de tulburare posttraumatică de stres și care sunt predispuși să reacționeze stereotip la orice situație care are unele elemente comune cu psihotrauma.

8. Deficiențe sau limite în ceea ce privește automonitorizarea sau monitorizarea celorlalți

Psihoterapia presupune o anumită capacitate a subiectului de a-și autoevalua gândurile, acțiunile și emoțiile. Unii indivizi dispun de un vocabular emoțional limitat sau de un repertoriu limitat de comportamente. Aceștia au dificultăți de a-și accesa gândurile sau de a înțelege cum și de ce trebuie să realizeze acest lucru. Aceste limitări pot să țină și de concepția lor despre sine care nu le permite să accepte că trebuie să monitorizeze ceea ce spun sau întreprind.

Conceptul de „alexitimie" caracterizează acele persoane care au dificultăți de a-și recunoaște, denumi sau descrie stările emoționale. Punctul esențial în cadrul demersului terapeutic îl reprezintă autocunoașterea care reprezintă primul pas în direcția schimbării.

9. Frustrările legate de absența progresului în terapie, precum și perceperea statutului de pacient ca fiind un semn de inferioritate

Mulți pacienți vin la un cabinet după ce au consultat ani de-a rândul numeroși specialiști, așteptând o soluție pentru problemele lor emoționale. Acestora li s-a promis că dacă își conștientizează trăirile, își modifică stilul de gândire, iau medicamente, evită interacțiunile negative sau se relaxează, problemele lor se vor rezolva.

Aceștia împreună cu terapeuții sau persoanele semnificative vor simți un acut sentiment de frustrare atunci când nu s-au obținut rezultate. Un astfel de client își va proiecta sentimentul de frustrare asupra noului terapeut, la acesta adăugându-se frustrările datorate faptului că nu progresează suficient în cadrul noii terapii. Tabloul clinic este completat cu prejudecata că dacă un subiect se află în terapie, înseamnă că este ceva în neregulă cu el.

10. Deficitul în sfera resurselor personale (fizice, cognitive și/sau intelectuale)

Clienții intră în terapie având resurse diferite sub aspect fizic, cognitiv sau intelectual. Astfel, pe unii subiecți cele mai mici provocări ale vieții îi pot dezorganiza în mod sever, în timp ce alții nu vor fi perturbați aproape deloc. Provocările și limitele pacienților trebuie luate în considerare și în planificarea strategiilor de intervenție terapeutică.

O problemă care este adesea neglijată ține de deficitul cognitiv care nu-i permite individului un nivel mai sofisticat de procesare a informației care este solicitat de exigențele demersului terapeutic. Din acest motiv este de preferat să se lucreze cu unii pacienți la nivel mai concret, decât să ne așteptăm ca toți clienții să aibă dezvoltată capacitatea de abstractizare și generalizare.

Factori care țin de psihoterapeut

1. Lipsa experienței sau lipsa unor abilități

Un terapeut începător poate avea calitățile și abilitățile necesare, dar lipsa de experiență poate conduce la activarea rezistențelor clientului. Abilitățile pentru terapie se formează în cursul dezvoltării personale și se rafinează datorită experienței, elementul central fiind reprezentat de abilitățile de comunicare.

2. Congruența dintre distorsionările cognitive ale clientului și cele ale terapeutului

Terapeutul, în calitate de ființă omenească, nu este scutit de prezența unor distorsionări cognitive. Acesta trebuie însă să învețe să se cunoască și să-și identifice distorsionările cognitive. În cazul în care acestea sunt congruente cu ale clientului, pot să apară blocaje în terapie. Mai mult, tulburările psihopatologice ale clientului pot fi accentuate din cauza acestei congruențe.

3. Insuficienta informare a clientului cu privire la specificul tratamentului psihoterapeutic

Clienții pot afla unele informații cu privire la psihoterapie din mai multe surse: experiențe anterioare cu astfel de tratamente, mass-media, film, literatură, familie, prieteni, alți pacienți și terapeut. Această ultimă sursă nu este suficient de bine utilizată în toate cazurile. Clientul trebuie informat de către terapeut în detaliu despre durata terapiei, mecanismele acesteia, strategiile aplicate, precum și despre ce anume se așteaptă de la el.

Faptul că un client a mai urmat alte forme de terapie nu este relevant pentru ultimul demers, deoarece dacă acesta ar fi obținut rezultate s-ar fi adresat acelui terapeut la care a mai fost.

4. Lipsa colaborării și alianței terapeutice

Alianța terapeutică reprezintă punctul central al oricărei psihoterapii. Pentru ca aceasta să funcționeze, terapeutul și clientul trebuie să lucreze în echipă. Această colaborare nu solicită întotdeauna cele două părți în mod echilibrat. Cu cât clientul este mai depresiv, cu atât mai puțină energie și eforturi va depune acesta în timpul ședințelor de psihoterapie. De asemenea, în cazul clienților care nu se află de bunăvoie în cabinet sau al adolescenților, colaborarea dintre terapeut și client va fi construită pas cu pas.

Focalizarea terapeutică trebuie să fie centrată pe ajutarea clientului să-și utilizeze la maximum potențialul energetic, să atingă un nivel mai înalt de energie și să se implice cât mai activ în colaborare.

5. Lipsa unor informații

Unii terapeuți se concentrează asupra diagnosticului și aplică strategiile învățate fără a se strădui să obțină date suplimentare legate de severitatea afecțiunii, variabile situaționale sau particularități indivi-

duale ale clientului. În absența acestor date, tehnicile aplicate vor avea un caracter general, obiectivele terapiei putând fi atinse după un timp mult mai îndelungat.

6. Narcisismul terapeutic

Acesta îmbracă multe forme. Unii terapeuți se mândresc în legătură cu dăruirea pe care o manifestă față de clienții lor, considerând că aceștia nu s-ar putea descurca fără ei. O altă formă a narcisismului terapeutic îi caracterizează pe acei specialiști care se consideră mai inteligenți și mai pricepuți decât sunt de fapt.

Aceștia dau impresia că un profil charismatic poate ține loc de o fundamentare teoretică solidă și de un model psihoterapeutic. Ei consideră că ceea ce întreprind trebuie acceptat ca atare și se aplică tuturor pacienților, iar dacă unii nu acceptă acest mod de abordare, sunt considerați rezistenți. Narcisismul terapeutic poate îmbrăca și forma convingerii că terapiile de lungă durată sunt neapărat mai eficiente sau aceea în care terapeuții își supraapreciază eficiența și evită să trimită clientul la alt specialist atunci când acest lucru este necesar.

7. Alegerea nepotrivită a perioadei în care are loc intervenția

O intervenție bine gândită, care nu este plasată în momentul potrivit, nu va avea rezultatele scontate. Nu este vorba numai de abilitatea terapeutului de a interveni, ci și de capacitatea clientului de a înțelege ceea ce i se spune.

Problema perioadei în care trebuie realizată intervenția își are originea în anxietatea terapeutului, narcisismul acestuia, absența unor abilități și cunoștințe, sau insuficienta înțelegere a problemelor clientului. Astfel, în loc să aștepte derularea firească a demersului terapeutic, terapeutul poate simți impulsul de a aplica o strategie imediat ce aceasta îi vine în minte. Dacă din întâmplare momentul este potrivit, intervenția va fi bine-venită, dar dacă clientul nu este pregătit, acesta o va ignora, o va refuza, sau va fi tentat să rupă alianța terapeutică.

8. Absența obiectivelor terapeutice, obiective terapeutice vagi, nerealiste sau neacceptarea de către client a acestora

Unul dintre cele mai importante elemente ale unei terapii eficiente îl reprezintă stabilirea unor obiective clare ale psihoterapiei. În ab-

sența acestei clarificări, terapeutul și clientul vor putea acționa pentru atingerea unor obiective diferite. Obiectivul terapiei trebuie să fie posibil de atins, realist, iar clientul trebuie să fie de acord cu acesta. Terapeutul îl va informa pe client în cazul în care acesta formulează obiective nerealiste, utopice.

9. Neluarea în considerare a perspectivei evoluționiste

În absența înțelegerii proceselor de dezvoltare cognitivă, emoțională, morală sau fizică, terapeutul va presupune că o persoană va funcționa în același mod în toate situațiile. Ținând seama de perspectiva dezvoltării, terapeutul își va ajusta intervențiile în funcție de etapele prin care trece clientul său.

10. Convingerile negative generalizate asupra tulburărilor psihopatologice

Convingerile negative ale terapeutului cu privire la boala psihică vor influența conceptualizarea cazului, precum și alegerea strategiilor terapeutice. Astfel, dacă acesta consideră că unele afecțiuni cum ar fi schizofrenia, tulburarea afectivă bipolară sau abuzul de substanțe psihotrope sunt netratabile, acesta va abandona clientul înainte de a începe terapia. Mai mult, o conceptualizare negativă a cazului va stabili limite nejustificate cu privire la ceea ce trebuie să facă, la ceea ce trebuie să aștepte de la client sau la tratamentele ajutătoare.

11. Lipsa de creativitate și flexibilitate în elaborarea planurilor de terapie

Un tratament eficient nu presupune numai cunoștințe, abilități și experiență din partea terapeutului, ci și un nivel înalt de creativitate și flexibilitate. Aceste particularități permit ca planul de intervenție să fie mai flexibil și să fie adaptat nevoilor clientului. Un terapeut rigid va trata afecțiunea și nu clientul ca persoană.

Factori ce țin de ambianță

1. Factorii stresanți care împiedică schimbarea

Nu de puține ori clienții au dificultăți să urmeze un tratament psihoterapeutic din cauza prezenței unor factori stresanți în mediul înconjurător. În astfel de situații, terapeutul va trebui să-l înarmeze

pe client cu tehnici de rezolvare de probleme și de a face față stresului, înainte de a-l determina să se angajeze în direcția schimbării.

2. Persoanele semnificative care sabotează
în mod activ sau pasiv psihoterapia

Acestea pot descuraja în mod activ sau pasiv schimbarea, pot interveni în desfășurarea demersului terapeutic sau chiar pot lupta deschis cu gândurile, stările emoționale sau cu noile modalități de comportament ale clientului. În cazul pacienților minori, implicarea părinților în psihoterapie este obligatorie, dar, cu toate acestea, părintele poate sabota terapia neaducând copilul la cabinet, neadministrând medicația prescrisă sau împiedicându-l să-și ducă la îndeplinire sarcinile pentru acasă.

Ținând seama de aceste constatări, obiectivele trebuie să includă și atragerea persoanelor semnificative sau, dimpotrivă, anihilarea influenței negative a acestora.

3. Menținerea și întărirea patologiei datorită beneficiilor acordate de instituții: pensie medicală, despăgubiri etc., ceea ce înseamnă că dacă pacientul se vindecă, acesta își va pierde suportul financiar.

4. Contextul cultural și atitudinea familiei
față de situația de a solicita sprijin

S-a constatat faptul că în unele medii culturale sau în unele familii a solicita ajutor echivalează cu acceptarea stării de slăbiciune. De asemenea, pot exista îngrijorări legate de faptul că terapeutul ar putea afla unele secrete ale familiei, pe care aceasta preferă să le țină ascunse. În același timp, terapeutul sau clientul pot resimți un oarecare disconfort dacă celălalt aparține altui grup cultural (Aponte, Rivers și Wohl, 1995, Dana, 1993).

5. Psihopatologia familială

O serie de afecțiuni psihice au un caracter ereditar, cum ar fi schizofrenia, depresia sau boala afectivă bipolară. În alte cazuri, tulburările psihice își au originea în conflictele și abuzurile care au loc în familie. Starea de haos sau patologie familială poate reprezenta un obstacol serios în calea schimbării terapeutice, unii clienți nereușind să se elibereze de sub influența familiei decât dacă părăsesc locuința. Patologia familială îl poate împiedica pe client să

frecventeze ședințele de terapie, să-și îndeplinească sarcinile pentru acasă, poate să contribuie la menținerea unei atitudini negative față de terapie sau poate îngreuna menținerea achizițiilor terapeutice.

6. Cerințele conflictuale sau nerealiste ale membrilor familiei sau persoanelor semnificative

Clienții pot să nu fie edificați cu privire la obiectivele lor personale, aceștia lăsându-se adesea pradă frământărilor interioare legate de imposibilitatea schimbării sau de existența unor sentimente de neajutorare. Dacă la aceste frământări se adaugă și opiniile unor persoane apropiate, clienții pot rămâne blocați sau, dimpotrivă, pot acționa exact invers decât li se cere, ba chiar în detrimentul terapiei. Mai mult, terapeutul poate fi asimilat cu celelalte persoane care îl solicită pe client să se comporte într-un anumit fel.

7. Cerințele nerealiste sau conflictuale ale unor instituții

Casele de asigurări sunt cele care transmit astfel de mesaje cu caracter nerealist sau contradictoriu: pe de o parte schimbarea este dorită, dar pe de altă parte aceasta trebuie să aibă loc într-un interval limitat pentru care se asigură finanțarea.

8. Factori de natură financiară

Mai ales în țara noastră, unde sistemul de asigurări de sănătate nu acoperă — până în prezent — costurile psihoterapiei, includerea în astfel de programe devine prohibitivă pentru un număr însemnat de clienți. De asemenea, problemele financiare pot determina un client să rămână în cadrul unei relații abuzive de teamă că și-ar putea pierde resursele de subzistență.

9. Homeostazia sistemului

Perspectiva sistemică postulează faptul că sistemele familiale, la fel ca și cele fizice, au tendința de a-și menține o stare de homeostazie.

Aceasta implică faptul că atunci când se întreprinde o acțiune care poate perturba echilibrul sistemului, acesta va avea tendința de a-și recăpăta echilibrul.

De pildă, dacă un pacient se află într-o poziție de putere în cadrul sistemului familial, orice acțiune care l-ar putea situa într-o poziție in-

BCU "CAROL I" BALNEOLOGY LIBRARY

ferioară va fi considerată amenințătoare, subiectul depunând eforturi pentru a-și recăpăta supremația.

10. Rețelele suportive ineficiente sau limitate

Mulți clienți consideră că terapeutul reprezintă principalul lor suport psihologic, aceștia neavând sau având foarte puține persoane de încredere care să-i accepte și să-i înțeleagă. În aceste condiții, întreaga responsabilitate va fi plasată pe umerii terapeutului. O soluție a acestei probleme ar fi includerea în cadrul obiectivelor terapeutice a demersului de construire sau activare a unor rețele suportive. Acest lucru se poate realiza prin includerea clientului în cadrul unor grupuri terapeutice, cum ar fi de pildă cel al alcoolicilor anonimi.

Factori psihopatologici

1. Rigiditatea pacientului

Unii pacienți se cantonează în mod rigid în situații familiare, preferând predictibilul chiar dacă acesta le face existența dureroasă și problematică.

Rigiditatea cognitivă și emoțională îi împiedică pe clienți să-și modifice gândurile și convingerile sau să achiziționeze noi modele de comportament. Pacienții rigizi au dificultăți de învățare în timpul terapiei și nu reușesc decât rareori să-și formuleze stiluri adaptative mai sănătoase.

2. Dificultatea stabilirii unei relații terapeutice bazate pe încredere

Există mai multe motive pentru care clienții pot avea dificultăți de a acorda încredere terapeutului: maniera în care s-au realizat atașamentele de-a lungul istoriei vieții clientului, nepotrivirea dintre client și terapeut sub aspectul unor trăsături de personalitate, calificarea și competența terapeutului sau expectațiile nerealiste ale acestuia din urmă. De asemenea, mulți clienți au idei preconcepute cu privire la calitățile pe care trebuie să le aibă terapeutul, începând cu vârstă, sex, origine etnică sau opțiuni politice.

3. Autodevalorizarea

Concepția negativă despre sine a clientului ce poate conduce la activarea rezistențelor la terapie. Pacienții cu stimă de sine scăzută consideră că ei sunt răspunzători de eventualele eșecuri ale terapiei, și

nu factorii de natură conjuncturală. Clienții consideră că nu sunt suficient de buni și că nu merită să se schimbe. Aceste convingeri le creează sentimente de lipsă de speranță și disperare care, la rândul lor, alimentează comportamentele autodistructive. Uneori clienții se tem să-și etaleze părțile negative în fața terapeutului; se scuză pentru că nutresc anumite dorințe și orice discuție legată de acestea le produce depresie și anxietate.

4. Lipsa de energie a clientului

Clienții depresivi nu au puterea de a acționa și, uneori, nici de a gândi, afirmând adesea că își simt mintea goală de conținut. În aceste cazuri terapeutul va trebui să acționeze asupra depresiei, uneori cu ajutor medicamentuos, și să elaboreze planuri de acțiune care să cuprindă pașii ce trebuie urmați în direcția schimbării.

5. Impulsivitatea

Persoanele impulsive iau decizii pripite și de regulă nu acționează, ci reacționează. În același timp, acestea sunt caracterizate prin nerăbdare; duc o existență haotică pentru că nu anticipează consecințele acțiunilor lor înainte de a reacționa. Deoarece ei nu reflectează asupra experiențelor trecute, nu pot învăța cu ușurință din acestea. De asemenea, le vine greu să renunțe la gratificațiile imediate, fapt ce îngreunează punerea în aplicare a celor învățate în timpul terapiei. Impulsivitatea, precum și lipsa progresului în terapie vor crea terapeutului frustrări, activându-i convingerile negative cu privire la succesul terapiei, element ce va afecta relația terapeutică.

6. Nevoia exagerată de autonomie

Unii clienți au dificultăți să accepte ajutor din afară. Aceștia consideră că au un stil autonom și nu permit celorlalți să pătrundă în intimitatea lor. Ei se simt rataţi dacă apelează la membrii familiei, la prieteni sau la psihoterapeut, temându-se de faptul că își vor pierde autostima dacă se vor angaja într-o relație psihoterapeutică. Nevoia de autonomie va împiedica formarea unei alianțe terapeutice eficiente.

7. Dependența

Clienții dependenți caută la ceilalți soluții pentru rezolvarea problemelor lor. Ei adoptă o atitudine de supunere față de terapeut cu speranța că vor obține aprobare și suport, sperând că terapeutul le va

rezolva toate problemele și le va conduce viața. Acești clienți sunt excesiv de sensibili la critică și dezaprobare, ei preferând confortul pe care îl obțin în urma ajutorului celorlalți, decât să lucreze asupra propriilor probleme. Ei vor avea tendința să prelungească în mod nejustificat terapia, fără să pună în aplicare cele învățate.

8. Complexitatea

Rareori clienții se prezintă la psihoterapie pentru o singură problemă. Mulți dintre aceștia evită să prezinte toate problemele lor, fie pentru că le consideră prea complicate și îi depășesc, fie pentru că se jenează de acestea. Cele mai frecvente probleme care prezintă motive de solicitare a ajutorului terapeutic sunt depresia, atacurile de panică, anxietatea generalizată sau problemele maritale. Cu toate acestea, practica a dovedit că pacienții au și multe alte probleme.

Să presupunem că o clientă în vârstă de 39 de ani suferă de depresie severă pe fondul unei personalități de tip dependent, este diagnosticată cu neoplasm mamar, a fost disponibilizată de la serviciu, i-a murit mama de curând, soțul a părăsit-o, iar fiul în vârstă de 14 ani are tulburări de comportament. Chiar și un terapeut experimentat se va simți depășit în cazul unei astfel de situații, având dificultăți să decidă de unde să înceapă. Deoarece progresele nu sunt suficient de rapide și de evidente, este posibil ca un pacient cu probleme complexe să-și piardă răbdarea și să abandoneze terapia.

9. Dificultățile de înțelegere cauzate de abilități cognitive limitate

Planul de terapie are mult mai multe șanse de a fi eficient în cazul în care clientul înțelege ceea ce se întâmplă și participă în mod activ la acesta. În cazul în care terapeutul nu prezintă problemele în termeni simpli, iar clientul are dificultăți de înțelegere, acesta nu numai că nu va beneficia de pe urma terapiei, dar se va simți și frustrat de materialul complicat pe care nu este capabil să-l asimileze. De asemenea, tulburările în sfera memoriei sau în ceea ce privește concentrarea atenției îl vor împiedica pe pacient să învețe și să utilizeze cele învățate în viața de zi cu zi.

10. Probleme de ordin medical

Clienții care au probleme somatice pot considera că acestea sunt prioritare și sunt mai concrete decât cele emoționale, acestea din urmă fiind considerate un lux.

Problemele medicale îl pot împiedica și în mod obiectiv pe client să se angajeze în terapie.

Rolul conceptualizării cazului în prevenirea și abordarea dificultăților care apar în timpul terapiei

Needleman (2003) precizează faptul că formularea sau conceptualizarea cazului joacă un rol deosebit de important în cadrul terapiei cognitive. Aceasta se referă, așa cum am mai subliniat, la elaborarea unei scheme explicative asupra problemelor clientului, care să servească drept ghid pentru demersul terapeutic. Acesta se realizează integrând informațiile din cadrul interviului inițial cu cele ale modelului cognitiv elaborat de Beck.

Terapeutul va modifica și va rafina schema prin integrarea noilor date care rezultă în urma evaluărilor ulterioare, precum și a modului în care clientul răspunde la intervențiile terapeutice aplicate. Se poate spune că formularea sau conceptualizarea cazului reprezintă un model de lucru care implică mai multe ipoteze interdependente, care trebuie verificate.

Așa cum am mai arătat mai sus, modelul cognitiv al lui Beck postulează faptul că procesele și conținuturile cognitive reprezintă cauza majoră a reacțiilor emoționale și comportamentale pe care le are individul în situațiile de viață, determinând și modelele adaptative sau dezaptative de comportament pe termen lung (Beck et al., 1990). Din acest motiv, pentru a asigura succesul demersului terapeutic, terapeutul va trebui să înțeleagă în profunzime modul de gândire și sistemul de credințe și convingeri ale clientului. Conform concepției lui Beck (Beck et al, 1990), conținutul cognitiv este organizat ierarhic. Cele mai puțin durabil și generale cogniții sunt reprezentate de gândurile negative automate care reprezintă idei și imagini legate de modul în care subiectul simte și acționează într-o situație particulară („sunt sigur că voi cădea la examenul de licență"). În cadrul conceptualizării cazului este important ca terapeutul să identifice acele situații care declanșează gânduri negative automate și care, la rândul lor, generează stări afective disfuncționale și comportamente dezadaptative.

La celălalt capăt al continuumului se află convingerile de bază care reprezintă categoria centrală și profundă a cogniților subiectului („trebuie totdeauna să fac totul perfect pentru a mă considera o persoană valoroasă"). Convingerile de bază se formează în copilărie, îl însoțesc pe individ de-a lungul vieții, fiind activate în diverse situații. Acestea determină modul în care oamenii se apreciază pe ei înșiși, evaluează situațiile și lumea în ansamblul ei.

Pentru a preveni blocajele din timpul terapiei, terapeutul împreună cu clientul va trebui să identifice și să combată aceste convingeri de bază cu caracter implicit, care contribuie la apariția unor comportamente dezadaptative și care pot avea influență asupra progreselor terapeutice. Atunci când încearcă să identifice convingerile disfuncționale de bază, terapeutul va putea face apel la anumite teme majore la care se referă literatura de specialitate. Astfel, Beck se referea la așa-numita triadă cognitivă care cuprinde convingeri referitoare la propria persoană („niciodată nu voi face destul pentru a-i mulțumi pe cei dragi"), lume în general („pericolele mișună pretutindeni") și viitor („nu voi reuși să realizez niciodată nimic").

Au mai fost identificate și alte tipuri de convingeri disfuncționale de bază:

- convingeri legate de starea de sănătate (în cazul atacului de panică — „voi suferi o catastrofă fizică sau mentală"; „voi muri"; „voi înnebuni");
- convingeri cu conținut sociocultural („este inacceptabil pentru un bărbat să aibă probleme emoționale");
- convingerea referitoare la valorizarea socială („dacă nu obțin performanțe, înseamnă că sunt un ratat").

Unele dintre aceste convingeri influențează reacția clientului la psihoterapie. Menționăm câteva dintre acestea:

- convingeri legate de neîncrederea în oameni („ceilalți îmi vor face rău");
- convingeri referitoare la lipsa de speranță („orice aș face nu mă va putea ajuta");
- convingeri referitoare la stima de sine scăzută („nu sunt capabil să fac nimic pentru a-mi îmbunătăți existența");
- convingeri legate de teama pierderii libertății interioare, care pot îmbrăca următoarea formă: „nimeni nu are dreptul să-mi spună ce trebuie să fac".

A treia categorie de conținuturi cognitive o reprezintă convingerile de tip intermediar care nu au un caracter central, precum cele de

bază, dar nici situațional. Acestea pot îmbrăca forma unor convingeri condiționale („dacă nu voi reuși să obțin performanțe deosebite la locul de muncă, înseamnă că sunt un ratat"), sau se pot referi la sistemul de valori („să fii o persoană bună"; „să-i domini pe ceilalți" etc.) sau la reguli cu caracter implicit („nu trebuie niciodată să le arăt celorlalți stările mele emoționale negative").

O altă categorie de convingeri intermediare se referă la cele implicate în procesul schimbării. Prochaska și Di Clemente (1992) se referă la convingerile intermediare, specifice modelului etapelor „transteoretice" ale „schimbării care postulează faptul că oamenii parcurg niște stadii predictibile în cadrul demersului terapeutic, eficiența terapiei crescând atunci când terapeutul își adecvează intervențiile etapelor pe care le parcurge clientul său" (Prochaska et al., 1994).

Primul stadiu este denumit stadiul precontemplării caracterizat prin faptul că subiectul nu conștientizează problema sa și nu se gândește la schimbare. Acesta manifestă rezistență față de orice informație care îi sugerează faptul că ar avea o problemă („eu nu beau prea mult; problema mea este că mă cicălește soția").

Aflat în al doilea stadiu, cel al contemplării, clientul realizează faptul că are o problemă și se gândește să o rezolve în viitor, dar nu se angajează încă în mod concret să o rezolve, manifestând încă o atitudine ambivalentă față de renunțarea la comportamentul problematic („știu că băutura îmi creează conflicte cu familia și îmi strică sănătatea, dar trebuie să mă relaxez și eu într-un fel").

Blocajele care pot să apară în calea demersului de angajare în direcția schimbării pot să țină de sentimentul ineficienței personale.

În etapa de preparație, subiectul este pregătit să acționeze în viitorul apropiat și își face planuri în vederea modificării comportamentului problematic. Urmează etapa acțiunii în cadrul căreia indivizii au realizat modificări evidente în plan comportamental, precum și în împrejurările externe, astfel încât modificările comportamentale să fie susținute. În etapa de menținere, clientul se străduiește să păstreze achizițiile dobândite și să prevină recăderile. Freeman și Dolan (2001) propun întregirea modelului cu etapele de prerecădere și recădere și sugerează intervenții speciale specifice acestora.

Un alt element important al modelului cognitiv și al conceptualizării cognitive a cazului îl reprezintă strategiile compensatorii. Acestea sunt strategii interne sau externe (de „coping") care îl ajută pe

client să facă față sistemului și provocărilor provenite din mediul înconjurător. Strategiile compensatorii reprezintă mecanismele de apărare ale ego-ului: evitarea situațiilor, retragerea socială, păstrarea aparențelor, sacrificiul de sine, tendința de a face pe plac celorlalți, inactivitatea, exploatarea și manipularea celorlalți, comportamentele adictive și tendința de refugiere în hiperactivitate.

Aceste strategii îi pot crea clientului diverse probleme existențiale și, dacă nu sunt bine gestionate, devin obstacole în calea progresului terapeutic. Considerarea unei strategii de acest tip ca fiind adaptativă sau dezadaptativă trebuie să țină seama de nivelul de materializare al acesteia, de adecvarea la situație și de flexibilitatea ei (Vaillant, 2000).

Beck și colaboratorii (1990) subliniază faptul că la subiecții cu tulburări de personalitate unele strategii compensatorii sunt subdezvoltate, în timp ce altele sunt supradezvoltate. Astfel, subiecții cu tulburare de personalitate schizoidă își supradezvoltă capacitatea de a acționa autonom și independent și își subdezvoltă abilitatea de cooperare și de a avea relații de tip intim. Strategiile cu caracter dezadaptativ mențin tulburările emoționale și comportamentale dezadaptative. Neacordarea unei atenții suficiente factorilor care le mențin contribuie adesea la eșecul tratamentului.

Young și colaboratorii afirmă că subiecții aleg una din cele trei strategii rigide care îi determină să mențină simptomele psihopatologice (McGinn și Young, 1996, Young, 1990):

- accesează și activează schemele dezadaptative (de exemplu un subiect dependent își alege parteneri dominanți);
- evită orice acțiune care ar putea avea legătură cu schemele cognitive (disociere, evitare sau abuz de substanțe psihotrope);
- supracompensare (o schemă referitoare la incapacitate poate genera un comportament de superioritate în raport cu ceilalți).

Aceste strategii diferite ne explică faptul că unii subiecți care au aceleași convingeri disfuncționale de bază acționează în mod diferit.

În același timp, terapeutul va trebui să ia în considerare și alți factori care pot să contribuie la menținerea problemei clientului:

- evaluarea situațiilor sau reamintirea unor evenimente în concordanță cu schemele cognitive;
- lipsa unor cunoștințe sau abilități referitoare la strategii cu un caracter mai adaptativ;

- un nivel înalt de activare fiziologică ce interferează cu procesul de rezolvare de probleme;
- soliditatea unor modele comportamentale care sunt întărite periodic;
- întăririle imediate care depășesc ca forță sancțiunile pe termen lung;
- evitarea care împiedică infirmarea convingerilor de tip catastrofizante;
- ineficiența autopercepută care sabotează imaginea de sine a clientului („dacă nu aș bea, aș avansa la serviciu");
- profețiile autoîmplinite;
- anxietatea legată de schimbare („nu voi mai fi eu însumi");
- sentimentul lipsei de speranță;
- mediul social care întărește comportamentele dezadaptative;
- cercul vicios.

Obiectivul major al conceptualizării cazului constă în alegerea celor mai eficiente metode de intervenție terapeutică în acord cu particularitățile individuale ale fiecărui client.

Așa cum am subliniat mai sus, un element important în cadrul conceptualizării cazului îl reprezintă stadiul în care se află clientul în cadrul demersului de schimbare. De pildă, clienții aflați în stadiul de contemplare beneficiază de strategii de intervenție care au menirea să încline balanța în direcția schimbării, intervenții care subliniază îngrijorările clientului referitoare la comportamentul problematic, care întăresc motivația schimbării, întăresc eficiența personală, cresc nivelul de activism al subiectului sau îi ajută să se reevalueze corect (clarificarea valorilor, strategii imaginative etc.).

Atunci când selectează strategii de intervenție pentru persoane care suferă de o singură tulburare pentru care există strategii de tratament validate empiric, terapeutul poate face apel la manuale specializate. Astfel de tehnici, validate empiric, au fost alcătuite pentru depresie (Beck, Rush și Emery, 1979), tulburare afectivă bipolară (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington și Gyulai, 2002), tulburări ale personalității (Beck et al., 1990), abuzul de substanțe psihotrope (Beck, Wright, Newman și Liese, 1993) sau fobia socială (Chamblless și Hope, 1996). Chiar în cazul unor rețete standardizate de terapie, conceptualizarea cazului prezintă importanță pentru individualizarea strategiilor de intervenție.

BCU BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

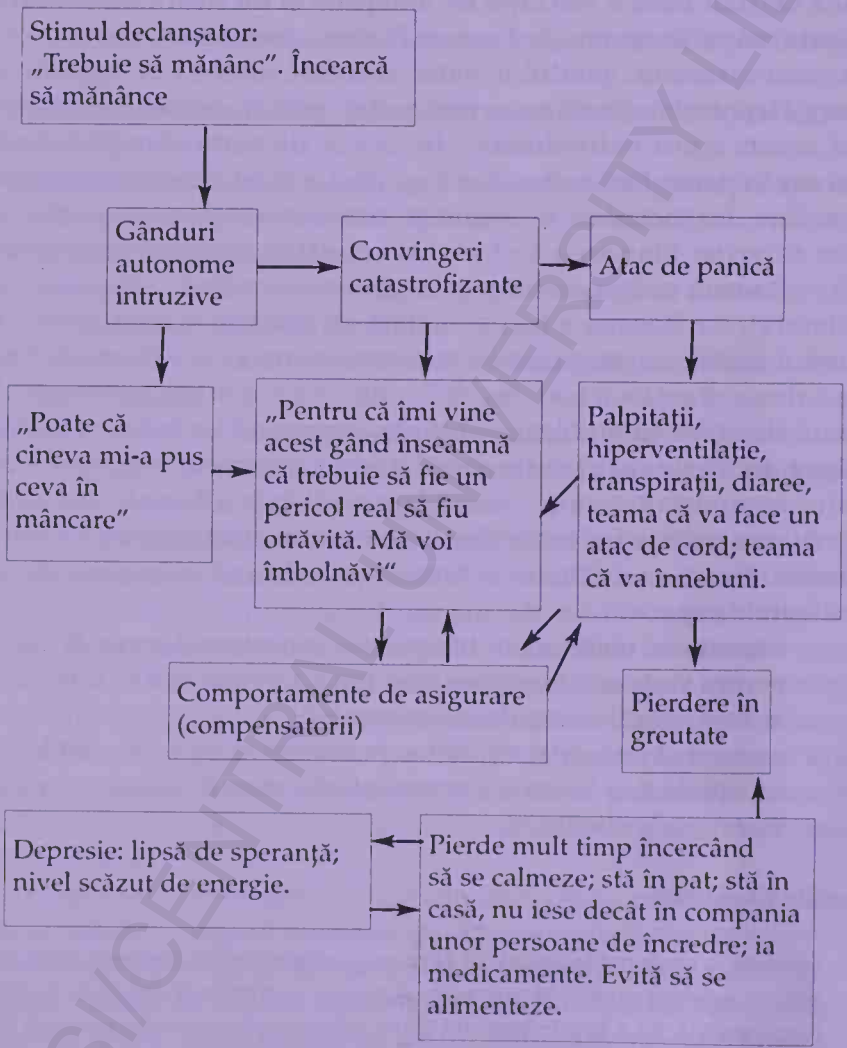
Marian și Roxana sunt doi studenți care suferă de atacuri de panică, convingerea lor disfuncțională de bază postulând faptul că se va produce o catastrofă în organismul lor. În timpul atacului de panică Marian trăia o senzație de amețeală și de irealitate și nutrea gândul că va înnebuni, în timp ce Roxana avea tahicardie și dureri în zona toracelui, gândul negativ automat fiind că va face un infarct. Deși ambii clienți au urmat aceiași pași în cadrul tratamentului, acesta a fost individualizat în funcție de particularitățile fiecărui caz în parte. Restructurarea cognitivă a vizat gândurile negative specifice, iar metodele de inducere controlată a stării de panică au fost diferite: Marian a fost expus senzației de amețeală indusă într-un scaun rotitor, în timp ce avea hiperventilație (respirație accelerată), iar Roxana a fost solicitată să practice exerciții fizice în forță. În felul acesta, primul a constatat că nu va înnebuni, în timp ce a doua clientă s-a convins de faptul că are o inimă sănătoasă. În cazul clienților cu probleme multiple, terapeutul va trebui să se convingă dacă este cazul să fie abordați prin intermediul terapiei cognitiv-comportamentale. Dacă răspunsul este afirmativ, se pune problema stabilirii obiectivelor terapeutului și a priorităților intervenției. Decizia referitoare la acestea va trebui să țină seama de următoarele aspecte:

- importanța obiectivelor terapeutice (simptomul prezintă riscuri pentru viața și integritatea clientului, îl împiedică să funcționeze în domenii esențiale ale existenței);
- caracterul primar al anumitor probleme în raport cu altele;
- accesibilitatea abordării anumitor obiective în raport cu altele;
- preferințele clientului.

Studiu de caz

Cornelia, o studentă în vârstă de 21 de ani, subponderală, prezenta fobie de a mânca, scădere masivă în greutate, depresie, anxietate și deficit în funcționarea socială. Ea a fost îndrumată către psihoterapeut în urma eșecului de a lua în greutate, fapt ce reprezintă un risc major pentru sănătatea și viața clientei. Deși clienta era foarte slabă (42 kg la 1,72 cm) și cu fobia de a mânca, ea avea o imagine corporală normală și dorea mult să câștige în greutate. Simptomatologia fobică interacționa cu tulburări obsesiv-compulsive, panică și depresie.

Conceptualizarea cazului (adaptat după Leahy, 2003, p. 9):



Modelul de conceptualizare a cazului postulează faptul că atunci când Cornelia încearcă să mănânce îi vin în minte gânduri automate intruzive legate de faptul că cineva îi pune ceva în mâncare. Clienta interpretează în mod catastrofic aceste gânduri, considerând că ele re-

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

flectă realitatea (cineva vrea să o otrăvească și dacă mănâncă se va îmbolnăvi sau va muri). Alimentația și cogniţiile asociate cu aceasta vor declanșa un atac de panică cu palpitații, hiperventilație, diaree (care contribuie la scăderea în greutate) și teama că va înnebuni, se va îmbolnăvi grav din cauza otrăvirii sau va face un infarct.

Clienta prezintă mai multe atacuri de panică pe zi și, ca reacție la acestea, declanșează niște comportamente de asigurare care nu fac decât să mențină simptomele (strategii compensatorii); se izolează aproape tot timpul într-o cameră întunecoasă, stă în pat, își ia pulsul, respiră adânc și evită să mănânce. Atunci când mănâncă totuși este hipervigilentă față de orice fel de simptom gastrointestinal. Nu iese din casă decât foarte rar și atunci însoțită de unul din părinți.

Conform modelului cognitiv, comportamentele de asigurare o împiedică pe clientă să infirme convingerile sale cu caracter catastrofic. Anxietatea accentuată nu-i permite să se adapteze stimulilor declanșatori (situația de a se alimenta). De asemenea, absența unor activități care să o satisfacă, izolarea socială și absența progreselor în urma tratamentului îi accentuează depresia, clienta simțindu-se lipsită de speranță, apatică, resemnată și în același timp furioasă pe ea însăși, elemente care contribuie la dificultățile de a se alimenta. Lipsa alimentației contribuie, la rândul ei, la depresie.

Interviul clinic evidențiază faptul că Cornelia a fost un copil bolnăvicios care a petrecut mult timp în spitale în primii trei ani de viață. La intrarea în școală a avut un episod de scurtă durată caracterizat prin anxietate accentuată, plâns facil, fobie de întuneric și pavor nocturn. Părinții, ingineri de profesie, nu erau excesiv de protectori și nu prezentau tulburări psihopatologice. În familie nu au fost semnalate conflicte majore, deși în ultimul timp părinții se simțeau depășiți de problemă.

Terapeutul a propus — într-o primă etapă — ca ședințele să aibă loc de trei ori pe săptămână cu o durată de 35–40 de minute. Ținând seama de gravitatea cazului, Cornelia a fost informată că, dacă va mai pierde în greutate o jumătate de kilogram, va fi internată în spital pentru perfuzii. Obiectivul inițial al terapiei l-au constituit atacurile de panică, ideile obsesive legate de otrăvire și anxietatea referitoare la alimentație.

Clientei i-a fost explicat modelul cognitiv al anxietății. Cu acordul medicului de familie, a fost utilizată metoda hiperventilației pentru a induce atacul de panică și pentru a o înarma pe clientă cu strategii

de contracarare a acestora. În următoarele trei săptămâni atacurile de panică s-au redus aproape la jumătate. Încă de la începutul terapiei, s-a lucrat asupra restructurării cognitive a gândurilor obsesive referitoare la otrăvire. Pentru a o desensibiliza pe clientă la stimuli legați de alimentație, a fost alcătuită o ierarhie a unor alimente pe care clienta a fost dirijată să le consume treptat în cantități mici. Treptat, pierderea în greutate a fost stopată, frecvența scaunelor diareice scăzând foarte mult.

După aproximativ șase săptămâni s-a produs o creștere ușoară și gradată în greutate, până la 47 de kilograme. În acest moment, medicul psihiatru a prescris o doză mică de antidepresiv (Prozac). Terapia cognitiv-comportamentală a fost asociată cu hipnoza clinică timp de un an de zile. Clienta a ajuns la o greutate aproape normală (59 de kilograme), s-a mutat singură într-o garsonieră și s-a înscris la facultatea de psihologie.

Conceptualizarea cazului îl ajută pe terapeut să depășească eventualele blocaje apărute în timpul terapiei. Astfel, Diana, o doctoriță în vârstă de 27 de ani, nutrea convingerea disfuncțională de bază că nu merită să fie fericită pentru că este atât de multă suferință în lume. Clienta se simțea vinovată atunci când nu era deprimată sau epuizată. Din cauza acestei convingeri, Diana ajuta pe toată lumea care avea nevoie, fapt ce a condus-o la epuizare fizică și psihică și la deteriorarea relației cu prietenul ei.

Nedleman (2003) ne prezintă modalitatea prin care conceptualizarea cazului poate contribui la prevenirea și contracararea a trei forme de blocaje care apar pe parcursul terapiei.

1. Perfecționismul

Ramona, studentă la arhitectură în vârstă de 24 de ani, nutrea convingerea disfuncțională de bază: „Dacă fac vreo greșeală, sunt o ratată". Din acest motiv, ea evita toate sarcinile care puteau constitui o provocare. Această tendință de evitare o împiedica să se prezinte la examene, deși era bine pregătită, și să-și găsească un partener. Ținând seama de conceptualizarea cazului, terapeutul a prevăzut faptul că perfecționismul o expunea pe Ramona riscului de a nu-și duce la îndeplinire sarcinile pentru acasă și de a se descuraja dacă încerca să îndeplinească o sarcină și nu reușea s-o facă perfect. Aceste predicții au ajutat-o pe clientă să realizeze faptul că terapeutul îi înțelege problemele. Terapeutul i-a explicat faptul că terapia reprezintă un

proces de învățare, în cadrul căruia greșelile sunt inevitabile și chiar acestea pot fi benefice până la un anumit punct, deoarece favorizează învățarea.

În cadrul sarcinilor pentru acasă, i s-a cerut clientei să facă greșeli în mod deliberat. Metoda dialogului socratic a fost utilizată pentru a-i demonstra clientei că este inevitabil ca un om să nu comită erori și că este bine ca unele activități să fie realizate imperfect pentru că astfel se poate economisi timp pentru activități agreabile. Analiza beneficiilor și costurilor a fost la rândul ei folosită pentru a analiza avantajele și dezavantajele menținerii unor convingeri de tip perfecționist evidențiindu-se faptul că, pe termen lung, predomină dezavantajele care o fac pe clientă să evite o serie de activități importante.

Terapeutul a utilizat și o serie de strategii adiționale pentru a diminua riscul ca tendințele perfecționiste să împiedice progresul terapiei. Acesta a învățat-o pe Ramona să-și monitorizeze stările afective negative, să recunoască gândurile automate de tip perfecționist și să le eticheteze ca atare. Au fost trasate astfel sarcini pentru acasă, în îndeplinirea cărora clienta să nu eșueze (i s-a dat următorul instructaj: „Dacă ai tendința de a evita să notezi reacțiile tale, caută să sesizezi în plan mental gândurile și stările tale afective care te împiedică să faci acest lucru și descrie-mi-le în cursul ședinței următoare").

În ciuda acestor strategii, au existat situații în care Ramona a evitat să-și îndeplinească sarcinile și s-a simțit vinovată și descurajată. Terapeutul a etichetat aceste situații ca fiind utile, pentru că realizau o modelare a comportamentului ei în viața reală și ofereau material de lucru pentru ședințele de psihoterapie. Pentru a reduce sentimentele de culpabilitate și rușine, terapeutul i-a povestit Ramonei cum a făcut anumite greșeli minore, care nu i-au adus prejudicii prea mari. Demersul terapeutic a contribuit la reducerea perfecționismului, fapt ce a contribuit la reducerea anxietății, ameliorarea dispoziției și a permis abordarea altor obiective terapeutice.

2. Neîncrederea

Daniel, un inginer în vârstă de 39 de ani, a evidențiat în cursul celei de-a doua ședințe de terapie convingerea disfuncțională de bază „nu trebuie să mă dezvălui în fața celorlalți și să dau dovadă de slăbiciune, pentru că voi fi lipsit de apărare, la cheremul oamenilor care mă vor judeca sau mă vor trata prost". Datorită acestei convingeri, Daniel se simțea anxios în anumite situații psihosociale și încerca să

prezinte celorlalți o mimică de fațadă. Terapeutul a presupus că aceste gânduri legate de neîncredere, precum și strategiile sale compensatorii vor reprezenta obstacole în calea terapiei.

Din acest motiv, terapeutul a abordat acest aspect încă de la începutul terapiei, asigurându-l pe client de faptul că, dat fiind experiențele sale de viață și sentimentul de neîncredere care s-a instalat, este perfect normal ca el să fie neîncrezător față de terapeut și terapie. În continuare, terapeutul i-a spus că, deși speră că Daniel îi va acorda în cele din urmă încrederea sa, el trebuie să lupte pentru a o câștiga. De asemenea, i-a comunicat faptul că, deși îi va sugera aplicarea unor strategii cognitiv-comportamentale pe care să le lucreze împreună, clientul va fi cel care va decide ce anume vor realiza și ce anume îi va dezvălui. Terapeutul i-a atras atenția să nu-i dezvăluie prea multe lucruri și prea repede, pentru că astfel va trăi sentimente de culpabilitate și vulnerabilitate. În același timp, i-a spus că și în cazul în care nu-i acordă încrederea deplină, îl poate învăța anumite strategii de autoreglare a stărilor emoționale și de ameliorare a condițiilor de viață.

Terapeutul a insistat asupra faptului că apreciază colaborarea clientului în timpul terapiei. El a confirmat că atitudinea de neîncredere din partea pacientului ar putea reprezenta un aspect asupra căruia se va putea lucra în cadrul ședințelor de terapie. Clientul a fost încurajat să-și exprime deschis toate îndoielile a căror veridicitate va trebui verificată. Daniel a fost rugat să-și anunțe terapeutul dacă intenționează să abandoneze terapia sau să se adreseze altui specialist. În timpul celei de-a patra ședințe de terapie, Daniel a fost pe punctul de a-i împărtăși terapeutului un secret, moment în care acesta din urmă a frânat reacția, adresându-i întrebări de tipul: „Oare ești pregătit să faci acest lucru?", „Oare nu este prea devreme pentru a-mi împărtăși lucruri delicate?" etc. Daniel a decis că a sosit momentul autodezvăluirilor, iar terapeutul s-a comportat empatic, adresându-i complimente pentru curajul de care a dat dovadă.

Treptat, clientul a căpătat mai multă încredere în terapeutul său, terapia progresând în mod evident. La finalul acesteia, Daniel a reușit, printre altele, să facă unele confesiuni prietenilor apropiați, depășind disconfortul produs de teama de autodezvăluire.

3. Reactanța sau rezistența la psihoterapie

Identificarea precoce a rezistențelor față de demersul terapeutic și încorporarea acestora în cadrul schemei de conceptualizare a cazului

îl poate ajuta pe terapeut să prevină posibilele blocaje ale terapiei. Seibel și Dowd (1999) au demonstrat experimental faptul că reactanța (rezistența) autoevaluată corelează negativ cu progresul terapiei și pozitiv cu tendința de distanțare și de terminare precoce a terapiei.

Luptele de putere cu clienții rezistenți s-au dovedit a fi contraproductive. Astfel, dacă subiecții rezistenți sunt ambivalenți față de terapie și terapeutul forțează demersul în direcția schimbării, clienții se vor situa imediat pe poziția inversă și se vor opune acesteia. Pentru a contracara aceste efecte se utilizează așa-numitul interviu motivațional în cadrul căruia clientul va trebui convins de necesitatea schimbării (Miller și Rollnick, 1991). Autorii sintetizează motivele ambivalenței și îi încurajează pe clienți să-și adreseze sugestii de automotivare. Sunt utilizate, de asemenea, întrebări deschise cu caracter de dezvăluire. Acestea au următoarele funcții:

- să-i ajute pe clienți să-și recunoască problemele („ce te determină să consideri că ai o problemă");
- evidențiază îngrijorările clienților („în ce mod te îngrijorează acest lucru?");
- evidențiază tendințele de schimbare („care crezi că va fi etapa următoare?");
- stimulează optimismul în legătură cu schimbarea („ce anume îți dă speranța că poți să te schimbi dacă dorești acest lucru?").

Beutler, Harwood și Caldwell (2001) prezintă câteva îndrumări de care trebuie să țină seama terapeuții care lucrează cu clienții rezistenți: să adopte o intervenție nondirectivă cu întrebări deschise, să manifeste o atitudine empatică, să parafrazeze cele afirmate de client și să-l angreneze în selectarea sarcinilor pentru acasă. În cazul în care aceste strategii nu dau rezultate, se pot trasa sarcini paradoxale de prescriere a simptomului. Pentru a evita suspiciunea pacientului față de aceste sarcini, terapeutul va trebui să găsească o motivație adecvată („aș dori să nu vă comportați unul față de celălalt în mod diferit de până acum pentru a putea obține mai multe informații în legătură cu ceea ce se întâmplă; ar fi o greșeală să schimbați ceva și să suferiți un eșec").

Spre deosebire de clienții rezistenți, cei complianți răspund bine la intervenții mai directive: sugestii directe, sarcini propuse de terapeut, ședințe de psihoterapie clar structurate etc.

O altă modalitate de prevenire a blocajelor la terapie o reprezintă monitorizarea pas cu pas a experiențelor clientului în timpul psihoterapiei (Needleman, 2003). Acest demers presupune o abordare

empatică, clientul simțindu-se înțeles de către terapeutul său. Pe baza informațiilor obținute se pot aduce unele modificări schemei conceptualizării cazului. Conștientizarea de către terapeut a experiențelor clientului îl ajută să înțeleagă gândurile și stările emoționale legate de terapie și terapeut, acestea jucând un rol important în motivarea clientului de a se angaja în psihoterapie. De asemenea, analizarea reacțiilor clientului previne apariția unor neînțelegeri care ar putea bloca terapia.

Ioana, o absolventă de liceu care s-a prezentat la examenul de admitere la arhitectură, i-a împărtășit terapeutului îngrijorarea cu privire la performanța pe care ar putea să o obțină la ultimul examen. Terapeutul i-a adresat următoarele întrebări: „care ar fi cel mai rău lucru care crezi că s-ar putea întâmpla?; dacă acel lucru se va produce, crezi că vei supraviețui?; ce se va întâmpla în viitor?; care crezi că este probabilitatea ca acel lucru negativ să se întâmple?; care este cel mai bun lucru care crezi că s-ar putea întâmpla?; ce este mai probabil să se întâmple?" Terapeutul a constatat faptul că Ioana a devenit brusc foarte încordată când i-au fost adresate întrebările respective.

Întrebată fiind ce anume i-a trecut prin minte, Ioana a spus că a crezut că terapeutul este convins de faptul că ea va cădea la examen și că nu va reuși niciodată să intre la arhitectură. După clarificarea acestei neînțelegeri, terapeutul i-a explicat motivele pentru care i-a adresat respectivele întrebări, încurajând-o că are toate șansele să intre la facultate. În acel moment, Ioana s-a relaxat și demersul terapeutic a putut progresa în mod nestingherit, terapeutul și clienta lucrând asupra gândurilor negative generatoare de anxietate.

Dacă reacțiile observabile ale clientului sunt în concordanță cu conceptualizarea cazului, noile informații vor veni să întărească modelul stabilit în timp; dacă acestea vin în contradicție cu cele stabilite inițial, conceptualizarea cazului va suferi modificări.

Un element important în cadrul monitorizării reacțiilor clientului în cadrul terapiei îl reprezintă conștientizarea de către terapeut a nivelului de tulburare emoțională și de activare psihologică. Frank și Frank (1991) au constatat faptul că pacienții beneficiază cel mai mult de pe urma ședințelor de terapie atunci când sunt moderat perturbați, această stare fiind propice învățării.

Un nivel prea ridicat de activare emoțională este contraproductiv, pentru că va contribui — prin condiționare — la perceperea ședințelor de terapie ca fiind aversive. Clientul va începe să asocieze psiho-

terapia și terapeutul cu o experiență negativă și va avea tendința să abandoneze tratamentul. Chiar în cazul în care terapia nu este abandonată, clientul își va pierde încrederea în terapeut în compania căruia se simte rău.

Un nivel scăzut de activare emoțională este contraproductiv, la rândul său, din două motive:

- pentru că demersul terapeutic nu se va putea focaliza pe cele mai importante cogniții, emoții, comportamente și probleme;
- pentru că subiecții pot declanșa strategii compensatorii în vederea evitării contactului cu problemele cele mai arzătoare (intelectualizare, disociere, discuții pe teme banale etc.).

În cazul în care clientul evidențiază un nivel redus de activare emoțională negativă, terapeutul va întreprinde demersuri pentru creșterea încărcăturii emoționale prin activarea schemelor cognitive disfuncționale de bază, prin intermediul imaginației dirijate, jocului de rol sau expunerii în plan real.

Vasile s-a prezentat la terapie pentru că se simțea foarte anxios la serviciu (lucra la o bancă foarte importantă) și din acest motiv nu putea progresa în plan profesional. Anxietatea clientului avea la bază sentimente de inferioritate față de figurile investite cu autoritate.

În timpul ședințelor de terapie clientul vorbea cu detașare despre problemele pe care le avea cu șeful său ierarhic. Nici în cadrul jocului de rol clientul nu se implica emoțional, iar terapia nu progresa, acesta fiind în continuare timorat de șef. Ținând seama de această situație, terapeutul i-a sugerat în stare de relaxare să-și imagineze că șeful țipă la el. Clientul a devenit brusc foarte anxios (a început să tremure, a transpirat). Discuțiile ulterioare au evidențiat faptul că imaginile respective au declanșat amintiri legate de tatăl său alcoolic, care îl bătea. Odată activate schemele cognitive, terapeutul l-a ajutat să modifice cognițiile cu conținut negativ și să pună în funcțiune strategii pentru a face față situației. În urma ședințelor de terapie, nivelul anxietății clientului s-a redus simțitor, acesta reușind să fie asertiv cu șeful căruia i-a solicitat o mărire de salariu acceptată de conducerea băncii.

Terapeutul va trebui să-l interogheze în mod periodic pe client dacă a înțeles esența intervențiilor aplicate, cerându-i să realizeze un rezumat al celor discutate. La sfârșitul fiecărei ședințe de terapie vor fi solicitate clientului în scris sau verbal impresiile referitoare la ceea ce s-a lucrat, pentru a oferi terapeutului un feedback asupra ședinței.

Întrebările adresate vor fi de genul următor (Needleman, 2003, p. 18): „Ce anume v-a fost de folos în timpul ședinței de astăzi?; Ce anume v-a supărat sau v-a creat nedumeriri?; Cât de mult v-ați dezvăluit?; Cât de mult v-ați implicat în soluționarea propriilor probleme?; Cât de mult timp ați acordat temelor pentru acasă?; Ce gândiți sau simțiți în legătură cu direcția în care se îndreaptă terapia?; Este ceva în comportamentul terapeutului care vă ajută în mod special sau vă nemulțumește?; Dacă da, atunci ce anume?; În ce mod ați dori să se modifice demersul terapeutic pentru a vă fi mai folositor?"

Pentru creșterea eficienței terapiei este bine ca terapeutul să-și adreseze lui însuși anumite întrebări:

- „Înțelege oare acest client modelul cognitiv și rațiunea pentru care sunt aplicate aceste strategii?";
- „Cât de încrezător este clientul în faptul că acesta este demersul cel mai potrivit pentru el?";
- „Ce simte și ce gândește clientul în momentul de față?";
- „Ce simt și ce gândesc eu despre acest client?".

Deși terapeutul și-a luat toate măsurile, totuși se pot instala blocaje în cadrul terapiei. Cele mai frecvente cazuri apar atunci când se lucrează cu clienți ostili sau cu cei care nu răspund la terapie. Poate că unul dintre cele mai complexe obstacole ce apar în timpul terapiei ține de agresivitatea sau ostilitatea pe care o direcționează clientul împotriva terapeutului. Acesta din urmă poate cădea cu ușurință în capcana de a-i răspunde clientului la fel cum o fac cei din jur, cu mânie, defensivitate, blamare, etichetare, respingere sau evitare. Aceste forme specific umane de reacție sunt contraindicate în psihoterapie, deoarece întăresc convingerile disfuncționale ale clientului („oamenii vor căuta să mă lovească dacă nu stau pe propriile mele picioare"). Pentru a lucra eficient cu clienții ostili, terapeutul va trebui să lucreze asupra propriilor sale cogniții și emoții (Layden et al., 1993). Conceptualizarea cazului îi poate scoate în evidență terapeutului faptul că în spatele ostilității clientului se ascunde multă suferință, teamă, rușine sau trebuințe nesatisfăcute. De asemenea, terapeutul trebuie să facă față și elementelor de adevăr incluse în criticile clienților.

Mai ales clienții cu tulburări de personalitate sunt foarte sensibili la cele mai mici semne de critică sau respingere, detectând astfel de reacții chiar înainte ca terapeutul să o facă. Un element important pentru terapia cu clienți ostili ține de capacitatea empatică și de abilitățile de ascultare activă ale terapeutului care va trebui să-i încurajeze pe

aceştia să-şi exprime gândurile şi sentimentele încărcate de ostilitate şi să lucreze asupra lor, precum şi asupra celor aflate în spatele lor (suferinţă, teamă, culpabilitate etc.). Ca rezultat al ascultării empatice active, ostilitatea clientului se va descărca, iar alianţa terapeutică se va consolida, pentru că subiectul se simte acceptat şi înţeles.

După reducerea ostilităţii, terapeutul va putea utiliza şi alte strategii pentru optimizarea comunicării interpersonale (Needleman, 2003, p. 20):

- învăţarea clientului să combată gândurile distorsionate generatoare de ostilitate;
- stabilirea unor limite clare (ce are şi ce nu are voie să spună sau să facă clientul);
- examinarea faptului dacă un anumit comportament serveşte sau nu obiectivului pentru care a fost declanşat;
- învăţarea unor tehnici mai eficiente prin intermediul cărora clientul să obţină ceea ce doreşte (de pildă, antrenament asertiv);
- furnizarea unor materiale audiovizuale, prin care clientul să primească un feedback în legătură cu maniera în care se comportă.

O altă problemă în care conceptualizarea cazului îl poate ajuta pe terapeut să depăşească dificultăţile o reprezintă aceea a clienţilor cooperanţi care însă nu se ameliorează.

Kendell Kipnis şi Otto-Salaj (1992) au constatat faptul că foarte puţini terapeuţi au planuri suplimentare de intervenţie pentru clienţii care nu fac progrese. De Shaezer (1979) spunea frecvent că *„dacă ceva nu merge, încearcă altceva"*.

Deoarece conceptualizarea cazului reprezintă un demers sistematic de organizare a informaţiilor şi de stabilirea priorităţilor, terapeutul poate uneori să omită unele aspecte sau să omită să accentueze altele care apar pe parcurs. În cazul clienţilor cooperanţi care nu progresează în urma terapiei, terapeutul va trebui să analizeze schema conceptualizării cazului pentru a descoperi dacă nu cumva există convingeri negative („sunt incapabil să fac ceva pentru a-mi ameliora starea"), strategii (evitarea emoţiilor neplăcute) sau factori conjuncturali (circumstanţe de viaţă adverse) care pot constitui blocaje în calea terapiei.

Denisa, o profesoară care suferea de depresie moderată, nu progresa, deşi frecventa cu regularitate şedinţele de terapie şi îşi făcea cu conştiinciozitate temele pentru acasă. Analizând cu mai

multă atenție schema conceptualizării cazului, terapeutul a descoperit convingerea disfuncțională („am nevoie de o persoană puternică pentru a-mi oferi sprijin"). În urma discuțiilor purtate cu clienta a rezultat faptul că aceasta se temea de terminarea terapiei pentru că în felul acesta rămânea singură, fără sprijin. După ce aceste aspecte au fost procesate terapeutic, clienta a început să progreseze rapid.

În cazul în care lipsa de responsivitate nu își găsește explicația în conceptualizarea cazului, este necesară aprofundarea interviului inițial.

Costin, un economist în vârstă de 32 de ani care suferea de atacuri de panică, nu a obținut nicio ameliorare după zece ședințe de terapie. Interviul suplimentar a evidențiat faptul că subiectul se simțea vinovat că a întreținut în studenție relații de tip homosexual, că Dumnezeu îl pedepsește pentru asta prin atacurile de panică și că nu merită să se vindece. În urma procesării terapeutice a acestor informații clientul a realizat progrese însemnate în terapie.

Schemele emoționale și rezistențele

Leahy (2003) subliniază faptul că una dintre criticile aduse terapiei cognitive se referă la faptul că aceasta nu acordă suficientă importanță emoțiilor în cadrul demersului terapeutic. Modelele cognitiv-comportamentale iau în considerare emoțiile doar ca efecte ale gândurilor și convingerilor negative.

Leahy (2003) ne prezintă un model al schemelor emoționale care influențează accesarea emoțiilor, autodezvăluirea, schimbarea emoțională și relația terapeutică. Modelul postulează faptul că unele emoții cum ar fi teama, depresia, anxietatea, sentimentul de singurătate reprezintă experiențe general umane, indivizii diferențiindu-se în ceea ce privește conceptualizarea acestora, precum și a strategiilor de a reacționa la ele.

Modelul „social-cognitiv", în cadrul căruia emoțiile reprezintă obiect al cunoașterii, se referă la conceptualizarea gândurilor intruzive și activării emoționale (Papageorgiou și Wells, 1999, Purdon și

Clark, 1993, Salkovskis și Campbell, 1994, Sookman și Pinard, 2002, Wells și Carter, 2001). Indivizii care suferă de tulburări obsesiv-compulsive își interpretează gândurile intruzive ca fiind indicatori ai pierderii autocontrolului, simțului responsabilității, precum și al unor tulburări psihopatologice. Încercările de a reprima aceste gânduri conduc la sentimente și mai accentuate de jenă, anxietate, lipsa controlului care, la rândul lor, vor conduce la exacerbarea gândurilor pe care clientul a încercat să le elimine. În același mod, modelul metacognitiv al îngrijorării postulează faptul că subiectul consideră că îngrijorările sunt necesare pentru a rezolva problema sau pentru a preveni apariția acesteia, iar aceste îngrijorări conduc la pierderea controlului sau îi vor produce subiectului un rău în plan fizic sau psihic (Walls și Carter, 2001).

Modelul schemelor emoționale propus de Leahy (2002) postulează următoarele:

– Emoțiile negative cum ar fi tristețea, sentimentul de singurătate, teama, anxietate și mânia reprezintă fenomene general umane;

– Subiecții se deosebesc unii de alții prin modalitatea în care interpretează semnificația acestor emoții;

– Aceste interpretări se referă la convingeri legate de durata, caracterul controlabil, intensitatea, complexitatea, caracterul patologic și coloratura morală a emoțiilor pe care le încearcă subiectul;

– Schemele emoționale negative referitoare la interpretările respective amplifică intensitatea și durata emoțiilor negative;

– Interpretările negative inhibă exprimarea, validarea și procesarea emoțiilor.

Pennebaker a definit „procesarea emoțională" ca fiind reducerea inhibiției emoționale, accentuarea înțelegerii propriilor trăiri, precum și a autoreflecției pozitive (Pennebaker, Mayne și Francis, 1997). Procesarea emoțională implică recunoașterea și etichetarea emoțiilor, încercările de a le amplifica sau inhiba, hipervigilența, strategiile de rezolvare de probleme, ventilarea, exprimarea emoțiilor în fața unui auditoriu suportiv, distragerea și examinarea propriilor distorsionări cognitive.

După cum se știe, puțini clienți se adresează terapeutului pentru că nutresc gânduri lipsite de logică sau procesează în mod inadecvat informațiile, motivele prezentării la cabinet ținând de tulburările emoționale. Evenimentele negative de viață activează strategiile cognitive și emoționale care interacționează reciproc.

Astfel, de exemplu, o pacientă care revine acasă și găsește apartamentul gol după plecarea soțului începe să conștientizeze emoțiile negative și consideră că trebuie să se debaraseze imediat de ele înainte de a o copleși. Clienta se refugiază în alcool și mâncat compulsiv, strategii care vin să confirme convingerea ei că emoțiile negative nu pot fi tolerate.

O altă clientă aflată în aceeași situație consideră că nu trebuie să aibă niciodată dificultăți emoționale, se simte jenată și vinovată și optează pentru strategia izolării în loc să-și exprime și să-și clarifice emoțiile. Izolarea și lipsa de comunicare vor confirma sentimentele de culpabilitate și rușine care, la rândul lor, vor accentua depresia.

Leahy (2002) realizează o delimitare între procesarea emoțională problematică și cea cu caracter adaptativ.

Să presupunem că doi tineri, Cornel și Mihai, au fost părăsiți de prietenele lor. Cornel, frustrat de faptul că nu a reușit să trăiască o iubire perfectă, trăiește o stare depresivă. Subiectul recunoaște că nu se simte bine, dar nu își conștientizează sentimentele. Observând că este iritabil și supărat, Cornel consideră că nu are dreptul să se supere pe persoana iubită și că, dacă și-ar exprima sentimentele, nu va mai avea nicio șansă de împăcare.

Clientul este de părere că dacă își va împărtăși depresia și mânia, ceilalți îl vor considera o povară. Lui Cornel în vine greu să înțeleagă de ce este atât de trist, pentru că el a fost prieten cu Daniela doar câteva luni și se simte jenat de faptul că este atât de dependent de ea. În mintea lui domnește o stare de confuzie pentru că nu își poate pune de acord emoțiile conflictuale din cauza convingerii „ori iubești pe cineva, ori îl urăști". Clientul se teme de faptul că ostilitatea lui va scăpa de sub control, se consideră vinovat de nefericirea sa și crede că dorința lui ca Daniela să se întoarcă reprezintă un semn de slăbiciune. Cornel stă închis în casă, consumă alcool și ruminează gânduri negative. Clientul nutrește convingerea că trebuie să fie rațional („doar a terminat psihologia!"), este de părere că nefericirea sa va dura veșnic și refuză să împărtășească cuiva trăirile sale.

Spre deosebire de Cornel, Mihai este conștient de faptul că este furios și deprimat, considerând că trăirile sale nu sunt nici bune, nici rele, ci doar omenești. Mihai iese frecvent cu prietenii la o terasă și discută mult cu prietenul său de încredere despre ceea ce i s-a întâmplat. Subiectul simte că exprimarea deschisă îl va ajuta să-și clarifice sentimentele, este de acord că și alții pot simți același lucru și consideră că au

dreptul să trăiască astfel de stări: tristețe pentru că a pierdut o prietenă, furie pentru că s-a înșelat în privința ei și ușurare pentru că a scăpat de o relație nepotrivită pe termen lung. Deși trăiește stări afective, Mihai este convins că acestea nu-l vor copleși și nu vor dura la infinit, putând fi ținute sub control fără să-și înece amarul în băutură. În loc să se închidă în casă, Mihai iese cu prietenii, adună bibliografie pentru lucrarea de licență și merge la teatru cu o colegă de facultate.

Modelul schemelor emoționale (Leahy, 2003) postulează faptul că există mai multe scheme emoționale care sunt relevante pentru procesarea emoțională. Aceste scheme nu au un caracter exhaustiv, elemente din cadrul acestora suprapunându-se unele cu altele. Schemele emoționale joacă un rol important în menținerea procesării emoționale negative, creând, în același timp, blocaje în cadrul demersului terapeutic. Prin intermediul acestor scheme, individul își conceptualizează emoțiile ca fiind: incomprehensibile, diferite de ale altor persoane, având durata mai lungă, fiind scăpate de sub control, fără legătură cu un sistem superior de valori și generatoare de sentimente de culpabilitate sau rușine.

Subiecții consideră că nu trebuie să-și accepte și să-și exprime sentimentele, și că nu vor fi apreciați pozitiv dacă o fac. Aceștia se gândesc permanent la cât de rău se simt, acordă o atenție sporită raționalității și își neglijează sentimentele. Mulți dintre ei chiar îi blamează pe ceilalți pentru că nutresc astfel de sentimente. Schemele emoționale negative îngreunează procesarea emoțională, contribuind la accentuarea tulburărilor emoționale.

Leahy (2003) prezintă o schemă din care rezultă trei modalități de procesare a unei stări emoționale negative. O modalitate de procesare constă în conștientizarea emoției (tristețe), exprimarea și validarea acestuia, fapt ce contribuie la reducerea ei. O altă manieră de procesare constă în evitarea emoțională și cognitivă. Individul se refugiază în consumul de substanțe psihotrope, mănâncă în mod compulsiv sau declanșează comportamente de tip disociativ, elemente care contribuie la întărirea convingerii că emoțiile negative nu pot fi tolerate sau controlate. Acest tip de procesare conduce la ruminații negative și îngrijorări. A treia modalitate de procesare emoțională implică abordarea emoțiilor ca incomprehensibile, jenante, diferite de ale celorlalți și care trebuie minimalizate. Și acest gen de procesare va contribui la ruminații cu conținut negativ, îngrijorare și escaladarea stărilor afective negative.

Prezentăm în pagina următoare schema metacognitivă a emoțiilor (după Leahy, 2003, p. 98).

Așa cum am mai subliniat, terapia cognitiv-comportamentală îl ajută pe client să sesizeze diferența dintre gânduri și sentimente, să examineze avantajele și dezavantajele menținerii anumitor gânduri și stări afective, să adune dovezi împotriva gândurilor negative și să-și formeze noi modele de gândire și comportament. Se pornește de la supoziția că subiectul este motivat și capabil să se detașeze în suficientă măsură de stările sale afective, astfel încât să-și poată modifica stilul negativ de gândire.

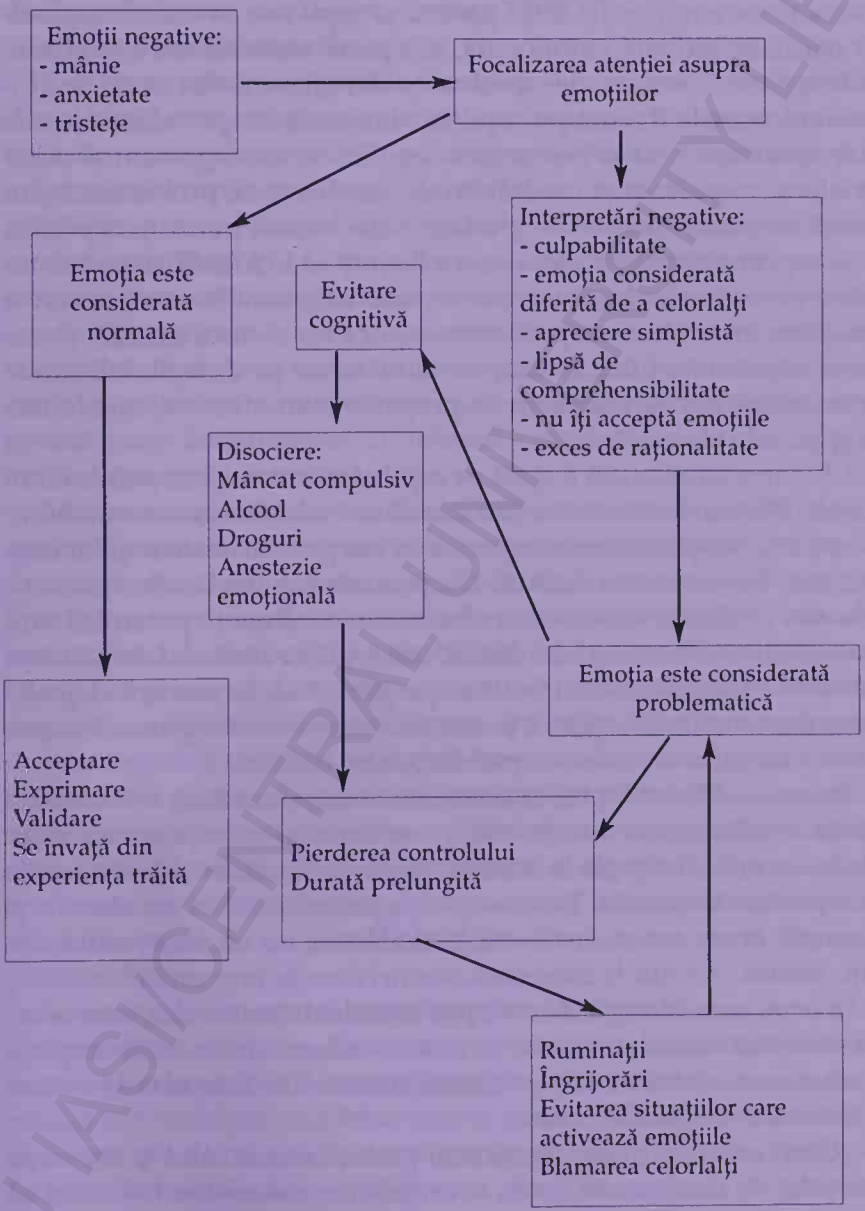
Cu toate acestea, practica a demonstrat faptul că rareori gândurile și convingerile singure reprezintă nucleul situației problematice. Modelul schemelor emoționale (Leahy, 2002) îl ajută pe terapeut să identifice teoria pe care o are clientul asupra stărilor sale afective, în același mod în care modelele metacognitive ajută la înțelegerea gândirilor intruzive, imaginației cu conținut disfuncțional, naturii îngrijorării sau semnificației atacurilor de panică (Resick, 2001, Wells, 2002, Wells, Clark și Ahmad, 1998). O teorie individuală referitoare la emoții contribuie la exacerbarea emoțiilor negative. Astfel, un individ care consideră că reacțiile sale emoționale sunt incompreheansibile („depresia mea nu are sens", „nu ar trebui să fiu deprimat") se va considera un neajutorat. Gândurile cu conținut depresiv vor atrage după sine gânduri legate de jenă („voi arăta ca un ratat în ochii lui") sau culpabilitate („sunt egoist, de asta mă simt deprimat") generând dificultăți în cadrul demersului terapeutic.

Teoriile asupra emoțiilor, care pornesc de la metafora deschiderii „cutiei Pandorei" și care consideră conștientizarea, acceptarea și exprimarea emoțiilor ca fiind fenomene negative vor bloca demersul de procesare psihoterapeutică.

O clientă suferind de anorexie, care consideră exprimarea liberă a sentimentelor sale ca pe un semn de slăbiciune, iar lipsa alimentației ca pe unul de evoluție în plan spiritual, va fi foarte puțin motivată să-și corecteze dieta.

Leahy (2003) supune atenției și conceptul de socializare emoțională care se referă la achiziționarea unor convingeri și abilități referitoare la viața emoțională. Aceasta implică reflectarea de către părinte a experienței emoționale a copilului, etichetarea și reacțiile de tip empatic (Kohul, 1977). O altă componentă a socializării emoționale are în vedere și măsura în care părintele va răspunde

Schema metacognitivă a emoțiilor (după Leahy, 2003, p. 98)



BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

stărilor emoționale negative ale copilului după perioade scurte de separare.

Gottman și colaboratorii (1996) au identificat mai multe stiluri de interacțiune emoțională între părinte și copil sau în cadrul cuplurilor maritale: ghidare emoțională, acceptare semnificativă — ghidare defectuoasă, negare, dezaprobare și dereglare. Stilul bazat pe ghidare emoțională îl ajută pe copil să vorbească despre emoțiile sale, să le recunoască, să-și însușească regulile de management al stărilor afective, precum și modalități de rezolvare de probleme. Stilul acceptare semnificativă — ghidare defectuoasă permite copilului să-și exprime sentimentele, dar nu îl ajută să le identifice sau să rezolve problemele. Negarea presupune neluarea în considerare a emoțiilor infantile, dezaprobarea implică un control excesiv și critici la adresa emoțiilor, în timp ce stilul bazat pe dereglare îi caracterizează pe părinții depășiți de propriile stări afective, care le resping pe cele ale copilului.

Ghidarea emoțională îl ajută pe copil să-și autoregleze stările emoționale. Părinții sunt cei care facilitează sau inhibă reglarea emoțiilor: acceptarea, conștientizarea, exprimarea sau gestionarea emoțiilor conflictuale. De asemenea, factorii temperamentali (înclinație spre activare sau inhibiție) vor avea, la rândul lor, o influență puternică asupra socializării emoționale. Astfel, un copil cu un nivel de activare ridicat îi va activa în mod indirect pe părinți să fie mai critici și să-l controleze mai ferm, ceea ce poate conduce la convingerea că exprimarea emoțiilor nu este acceptabilă pentru ceilalți.

Trebuie subliniat faptul că socializarea emoțională nu se încheie la vârsta copilăriei sau adolescenței, evenimentele din perioada vieții adulte contribuind și ele la conceptualizarea emoțiilor și la strategiile de raportare la acestea. De exemplu, o pacientă cu un soț alcoolic și paranoid poate conchide că stările ei afective nu au sens pentru ceilalți, pentru că soțul le consideră atacuri directe împotriva lui.

În evaluarea blocajelor care apar în cadrul demersului, este necesar să se țină seama de modul în care evenimentele de viață timpurii și actuale au contribuit la exprimarea emoțională. Terapeutul va adresa întrebări de tipul următor:

„Când erai copil, cum reacționau părinții atunci când îți exprimai emoțiile? Te întrebau ce simți, te criticau, te determinau să simți că emoțiile tale nu sunt importante sau păreau depășiți de acestea? Simțeai nevoia să fii ocrotit sau mângâiat, ezitai să te apropii de părinții

tăi?" Întrebări asemănătoare pot fi adresate și altor persoane semnificative din anturajul clientului.

Schemele emoționale blochează demersul terapeutic prin intermediul următoarelor mecanisme (Leahy, 2003):

• Teama de autodezvăluire

Relația terapeutică reprezintă adesea o experiență unică pentru clienți cu scheme emoționale deficitare, deoarece presupune focalizarea asupra emoțiilor într-un mediu suportiv. Această experiență poate genera confuzii sau îl poate dezamăgi ori intimida pe client. Intimidarea reprezintă efectul convingerii că subiectul va fi expus, umilit sau judecat: „Dacă îți voi spune cu adevărat ceea ce simt, mă vei considera o persoană dezgustătoare?" Dezamăgirea poate apărea din cauza faptului că subiectul nu se simte înțeles sau ajutat în suficientă măsură, în timp ce confuzia poate rezulta din faptul că pacientul crede că psihoterapia reprezintă doar un proces de descărcare emoțională, nu și de schimbare atitudinală („credeam că vin aici doar să vorbim despre ceea ce simt eu").

Mariana, o clientă prezentând comportamente de tip bulimic și conflicte maritale, a avut dificultăți să vorbească în timpul ședințelor de terapie despre nevoia ei de sprijin și afecțiune din partea soțului. Imediat ce erau abordate aceste subiecte, clienta schimba vorba. Întrebată fiind de terapeut ce a simțit înainte de a reacționa astfel, ea a afirmat că prezența ei la terapie reprezintă un semn de egoism deoarece nu face decât să se plângă mereu. Investigațiile ulterioare au evidențiat faptul că pacienta se simțea vinovată de nevoia ei de afecțiune, deoarece părinții îi spuneau că este egoistă atunci când își exprimă astfel de dorințe și că nimeni nu va înțelege astfel de solicitări. Drept consecință, clienta și-a format convingerea că exprimarea nevoilor sale nu are niciun sens și că dacă „își va da voie" să se simtă frustrată în relația de cuplu, își va pierde controlul și se va lăsa pradă depresiei și anxietății.

În acest caz, conceptualizarea emoțională a cazului s-a dovedit utilă. Terapeutul a ajutat-o să examineze evenimentele din copilărie, precum și pe cele actuale. Mama clientei era o persoană depresivă și anxioasă, căsătorită cu un bărbat rece și distant. Când pacienta încerca să se apropie de mamă din nevoia ei de afecțiune, aceasta o îndepărta, spunându-i că este egoistă pentru că nu observă cât de grea este viața mamei, aceasta din urmă inversând relația de sprijin. Când mama clientei a fost spitalizată timp de trei luni pentru depresie,

Mariana, atunci în vârsta de 8 ani, s-a considerat vinovată de boala mamei pentru că nu a avut grijă de ea, nevoile sale reprezentând o povară pentru mamă.

Modelul sacrificiului de sine a fost întărit în viața adultă de comportamentul soțului (cu rezultate sexuale slabe cauzate de abuzul de alcool), precum și de refugiul în hiperactivitate.

Conceptualizarea emoțională a ajutat-o să înțeleagă faptul că unul dintre obstacolele în calea terapiei era reprezentat de negarea trebuințelor sale, precum și de dorința de a încheia terapia. Clienta a fost capabilă să recunoască faptul că exprimarea deschisă a emoțiilor în familia de origine și în cea actuală au reprezentat experiențe dezamăgitoare și chiar primitive. Ea a conștientizat și faptul că și-a format un stil de a face față propriilor nevoi emoționale centrându-se pe trebuințele celorlalți în speranța că aceștia nu o vor abandona.

• Teama de a accesa și descrie stările afective

Deși majoritatea pacienților solicită psihoterapia din dorința de a-și modifica reacțiile afective, schemele lor emoționale negative împiedică acest proces. O persoană care nutrește convingerea că emoțiile negative puternice sunt jenante, nu sunt împărtășite de ceilalți sau sunt de neînțeles, va avea dificultăți să-și dezvăluie emoțiile în fața terapeutului.

O clientă se simțea jenată să-și dezvăluie în fața terapeutului sentimentele de ostilitate față de fiica ei, considerând că terapeutul o va respinge dacă va afla astfel de lucruri despre ea.

Schemele emoționale pun adesea probleme și terapeuților cognitiviști care sunt formați să pună accent pe aspectele raționale ale psihoterapiei. Din păcate, terapia cognitiv-comportamentală nu va fi pe placul acelor terapeuți cărora emoțiile puternice li se par inacceptabile. Accentul pus pe contraargumentarea rațională îi va bloca pe acei clienți cu scheme emoționale de tip problematic (Leahy, 2001).

Cu toate acestea, exprimarea emoțională, empatia și validarea stărilor afective sunt foarte importante și în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale, mai ales în fazele incipiente ale tratamentului. Leahy (2003, p. 102) este de părere ca terapeutul să se adreseze direct clientului cu următorul instructaj:

„Cel mai important element în cadrul terapiei îl reprezintă stările tale afective, modul în care te simți. Trebuie să fii convins de faptul că aici vei fi înțeles, că emoțiile tale vor putea fi exprimate într-un

mediu securizant și că aceste trăiri emoționale ne vor furniza informații despre problemele tale".

Greenberg (2002) a pus la punct demersul terapeutic de „focalizare condițională", care utilizează tehnici experiențiale cum ar fi imaginația dirijată, retrăirea amintirilor trecute sau inducerea deliberată a unor stări emoționale.

Luarea în considerare a schemelor emoționale este importantă și în formarea și menținerea alianței terapeutice. Destrămarea acesteia se produce mai ales atunci când sunt activate schemele emoționale negative. Analizarea unei experiențe emoționale terapeutice poate activa convingeri legate de faptul că dezvăluirile nu fac decât să producă un stres suplimentar sau pe cele referitoare la calitățile empatice, credibilitatea și spiritul protector al terapeutului. Schemele emoționale ale terapeutului interferează, la rândul lor, cu procesarea și exprimarea emoțională.

Leahy (2001) a identificat un număr de scheme personale întâlnite frecvent la terapeuți: schema bazată pe solicitări-standard, a persoanei speciale (unice), de respingere, abandon, autonomie și control. De pildă, un terapeut la care funcționează schema bazată pe abandon și respingere va evita să chestioneze clientul în legătură cu convingerile negative legate de emoții puternice cum ar fi mânia, pentru ca pacientul să nu abandoneze terapia. La rândul său, clientul va interpreta această evitare în termenii următori: „Reacțiile mele emoționale îi sperie pe ceilalți; îi pot intimida pe oameni datorită trăirilor mele; pot să-i fac să se simtă vinovați".

Schemele emoționale pot crea dificultăți și în realizarea sarcinilor de expunere. Convingerea că expunerea la stimulii anxiogeni va conduce la pierderea controlului și la accentuarea stărilor afective negative îl va împiedica pe client să se angajeze în astfel de sarcini.

Leahy (2003, pp. 104–105) identifică o serie de scheme emoționale negative care stau la baza apariției depresiei și anxietății. Acestea pot fi evidențiate cu ajutorul scalei schemelor emoționale elaborate de autor. Acestea reprezintă întrebările pe care va trebui să le adreseze terapeutul clientului pentru a identifica schemele emoționale centrate în jurul câtorva concepte, precum și unele strategii de contracarare a lor.

- Comprehensibilitatea:

„Au aceste trăiri emoționale vreo semnificație pentru tine?";

„Care ar fi motivele pentru care te simți trist, speriat sau mânios?";

„La ce te gândești (ce imagini îți vin în minte) atunci când te simți trist, speriat, furios?";

„Ce situații declanșează aceste stări emoționale?";

„Dacă aceste stări afective nu au niciun sens pentru tine, ce crezi despre astea?";

„Crezi că vei înnebuni sau îți vei pierde controlul ?";

„Crezi că unele lucruri petrecute în copilărie te fac să te simți astfel acum?".

• Viziune simplistă asupra vieții afective:

„Consideri că a avea emoții contradictorii reprezintă un fenomen normal sau anormal?";

„Ce crezi că înseamnă să ai sentimente contradictorii față de cineva?";

„Care este dezavantajul convingerii că trebuie să simți un singur fel de emoții?".

• Culpabilitatea:

„Care sunt motivele pentru care crezi că emoțiile tale nu se justifică?";

„De ce crezi că nu trebuie să nutrești aceste sentimente?";

„Crezi că alții ar putea avea stări afective similare în astfel de situații?";

„Observi că există diferențe între a simți mânie și a acționa în consecință?";

„De ce crezi că unele emoții sunt pozitive și altele negative?";

„Dacă o altă persoană ar încerca aceste emoții, ai avea o părere mai proastă despre ea?";

„De unde știi că o emoție este negativă?";

„Ce ar fi dacă ai privi emoțiile pe care le trăiești ca pe niște experiențe care îți dau un semnal că ceva nu este în regulă?";

„Cum ar putea stările afective pe care le trăiești să rănească pe cineva?".

• Caracterul controlabil:

„Considerați că trebuie să vă controlați emoțiile și să vă eliberați de stări afective negative?";

„Ce credeți că se va întâmpla dacă nu reușiți să vă eliberați complet de o anumită stare afectivă?";

„Nu cumva încercările de a vă elibera de o stare afectivă nu fac decât să o intensifice?";

„Vă temeți de faptul că a trăi o stare afectivă intensă reprezintă un semn că se va întâmpla ceva mai rău?";

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

„Credeți că veți înnebuni sau că vă veți pierde controlul?";

„Credeți că există vreo diferență între autocontrolul acțiunilor și autocontrolul emoțiilor?".

• Consensul:

„Ce stări afective aveți despre care credeți că nu le au și ceilalți?";

„Dacă altcineva trăiește o astfel de stare afectivă ce credeți despre persoana respectivă?";

„De ce credeți că filmele sau romanele cu încărcătură emoțională sunt apreciate de mulți oameni?";

„Credeți că oamenilor le pare bine să afle că și alții trăiesc aceleași sentimente?";

„Credeți că este normal să fiți supărat, să aveți fantezii, să vă temeți?";

„Dacă vă jenați să vă exprimați sentimentele, credeți că acest lucru vă împiedică să constatați că alții trăiesc aceleași stări?".

• Ruminațiile interioare:

„Care sunt avantajele și dezavantajele concentrării asupra a cât de rău vă simțiți?";

„Credeți că dacă veți continua să vă gândiți la acel lucru veți găsi și o soluție?";

„Credeți că îngrijorările vă fac să vă temeți că nu vă puteți controla tendința de îngrijorare?";

„Îngrijorați-vă cât mai mult, timp de jumătate de oră în fiecare zi, iar în restul timpului lăsați grijile la o parte.";

„Reformulați îngrijorările în termeni comportamentali, astfel încât să puteți acționa pentru a rezolva problema";

„Distrageți-vă atenția realizând o acțiune sau întâlnindu-vă cu un prieten cu care să discutați despre altceva decât despre motivele de îngrijorare.";

„Există oare ceva real ce nu doriți să acceptați?";

„Ce credeți că se va întâmpla dacă vă veți permite să acceptați o anumită emoție?";

„Credeți că veți acționa în consecință"?;

„Credeți că dacă veți accepta o emoție aceasta va persista în permanență?";

„Credeți că neacceptarea emoțiilor vă va motiva să vă schimbați?";

„Care sunt consecințele negative ale reprimării stărilor emoționale, risipirea energiei, atenție excesivă, efecte inverse?";

BCU "IOAN SLAVICI" UNIVERSITY LIBRARY

„Dacă negați faptul că vă sufocă ceva, atunci cum mai puteți rezolva problema?";

„Nu ar fi mai bine să vă dați voie să trăiți o stare emoțională și să o observați pur și simplu în loc să o judecați sau să încercați să o modificați?".

Studiu de caz (după modelul elaborat de Leahy, 2003)

Denisa, o profesoară în vârstă de 39 de ani, divorțată, s-a adresat cabinetului de psihoterapie pentru anxietate generalizată, depresie, stimă de sine scăzută și consum abuziv de alcool. Clienta a urmat tratament cu Prozac, dar a întrerupt acest tratament în urmă cu trei săptămâni deoarece nu a obținut niciun rezultat. La chestionarele de depresie (BDI) și anxietate (BAI) elaborate de Beck a obținut 24 și respectiv 25 de puncte.

Clienta obișnuia să consume alcool zilnic. La interviul clinic, pacienta și-a exprimat următoarele îngrijorări: „voi fi concediată"; „voi rămâne singură pentru totdeauna"; „fiica mea este supărată pe mine"; „o să rămân fără niciun ban și o să sfârșesc în sărăcie"; „șeful meu este supărat pe mine"; „mă voi îmbolnăvi și nimeni nu va avea grijă de mine".

Problemele emoționale ale clientei se refereau la neacceptarea stărilor afective, lipsa validării, abordare simplistă, pierderea controlului și ruminații cu conținut negativ.

Ambii părinți ai clientei sufereau de depresie. Tatăl a fost diagnosticat cu tulburare afectivă bipolară, alcoolism și idei cu conținut suicidar. Acesta o agresa fizic sau refuza să-i vorbească. Mama evita să abordeze orice problemă legată de viața emoțională. Lecția pe care a învățat-o clienta încă de timpuriu a fost aceea că nu trebuie să aibă niciun fel de stări afective. Socializarea ei emoțională s-a bazat pe respingere, dezaprobare și dereglare emoțională. Clienta a relatat faptul că de-a lungul timpului a avut mai multe episoade în care a mâncat compulsiv, a ținut regim și a abuzat de alcool. Ea a afirmat că s-a temut totdeauna să-și manifeste mânia, pentru a nu fi bătută de tatăl ei. Denisa se temea și de multe alte lucruri și atunci când se simțea singură și speriată, consuma alcool sau mânca în mod compulsiv pentru a se elibera de stările afective negative.

Conceptualizarea cazului

Denisa a fost diagnosticată inițial cu depresie majoră, anxietate generalizată și abuz de alcool. Schema ei cognitivă era centrată în jurul lipsei valorii personale, iar schema interpersonală postula faptul că oamenii o vor evalua negativ și o vor respinge.

Schema emoțională se referea la ideea că stările emoționale reprezintă un semn de deficiență personală și că trebuia să se elibe-

BCU "Alexandru Ioan Cuza" IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

reze imediat de ele mâncând sau consumând alcool, în caz contrar stările afective ar copleși-o și ar aduce-o la spitalul de psihiatrie (la fel ca pe tatăl său). Deoarece considera că trăirile emoționale reprezentau o deficiență, clienta evita să le împărtășească altora, pentru a nu fi respinsă. Denisa credea că dacă va plânge în fața terapeutului acesta o va considera slabă și că își va pierde total controlul.

Gândurile negative automate aveau următorul conținut:

„Ei cred că sunt o ratată" (Citirea gândurilor);

„Voi sfârși în mizerie" (Prevestirea catastrofizantă a viitorului);

„Sunt o proastă" (Etichetare);

„Mi-am distrus întreaga viață" (Gândire de tipul: totul sau nimic);

„Nimic din ceea ce fac nu-mi reușește" (Desconsiderarea pozitivului);

Îngrijorările sale se refereau la bani, activitate profesională și singurătate:

„Mă gândesc tot timpul la asta, poate voi găsi o soluție";

„Voi fi pregătită";

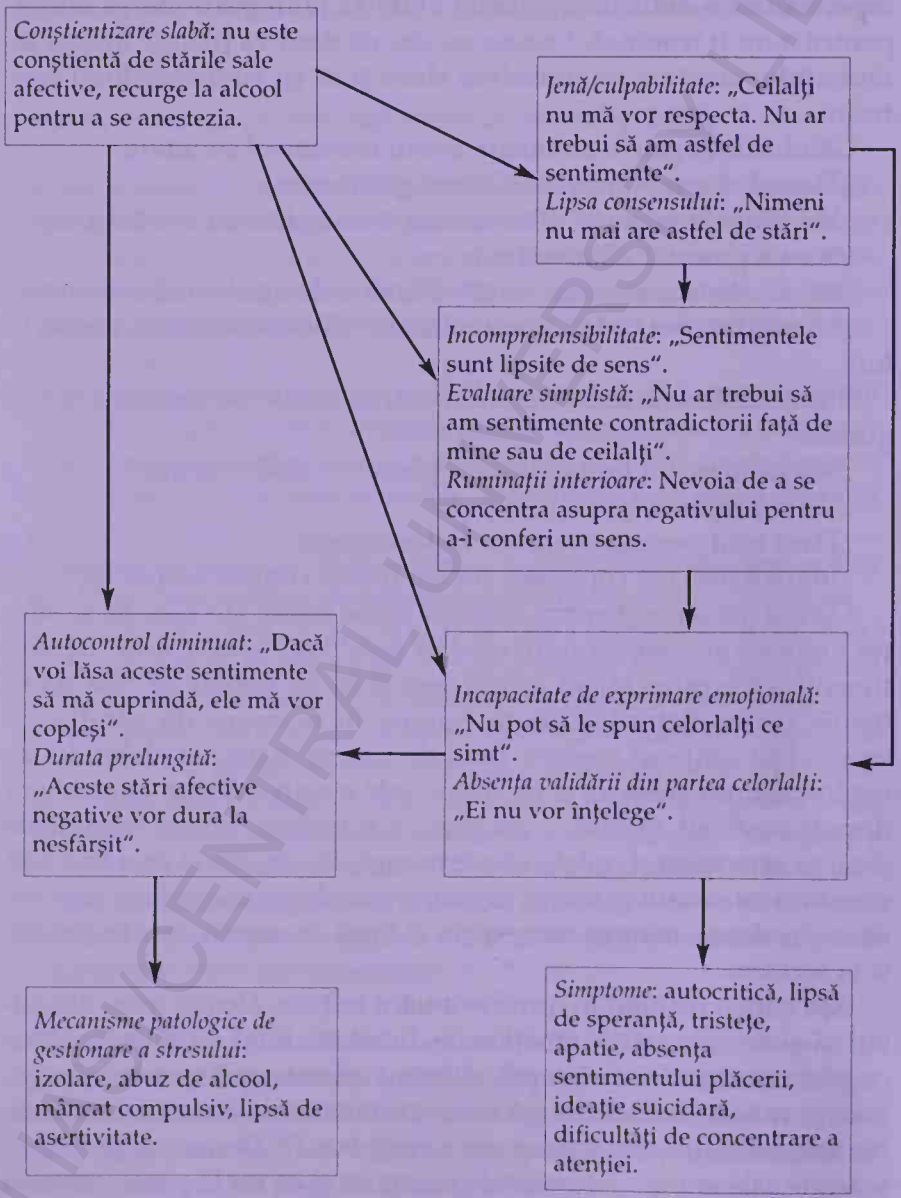
„Dacă sunt pesimistă, nu voi fi dezamăgită";

„Îngrijorările mă copleșesc; nu am niciun control asupra lor".

Denisa nu-și conștientiza aproape deloc stările afective. Ea se simțea vinovată și jenată, considerând că ceilalți nu nutresc astfel de sentimente, că acestea nu au niciun sens și că nu trebuie să aibă sentimente contradictorii. Clienta rumina în permanență gânduri și imagini cu conținut negativ, fiind de părere că nu are niciun fel de control asupra acestora și că stările sale afective disfuncționale vor dura la nesfârșit. Denisei îi era greu să-și exprime aceste sentimente și nu se aștepta ca și ceilalți să o înțeleagă. Strategiile ei de a face față stresului aveau un puternic conținut patologic incluzând: izolare, abuz de alcool, mâncat compulsiv și lipsă de asertivitate în familie și la serviciu.

Așa cum a rezultat în urma evaluării inițiale, Denisa avea dificultăți să-și accepte stările emoționale. Întrebată fiind de către terapeut ce stări emoționale nu acceptă, clienta a relatat următoarele: „Anxietatea și mânia. Trebuie să mă eliberez imediat de aceste sentimente. Nu trebuie să fiu tristă, doar am o viață bună!" Denisa considera că reacțiile sale emoționale sunt de neînțeles și că nu le poate controla decât dacă abuzează de alcool. Clienta se simțea neajutorată și incapabilă să schimbe ceva în existența ei.

Schema conceptualizării emoționale a cazului
(după Leahy, 2003, p. 108)



BCU MIRCEA CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

„Dacă nu beau, mă simt din ce în ce mai rău." Din cauza modalității simpliste de a evalua propriile stări afective, Denisa considera că nu trebuie să nutrească sentimente contradictorii față de propria persoană sau față de ceilalți („lucrurile trebuie să fie clare: ori sunt fericită, ori sunt deprimată"). Terapeutul a ajutat-o să-și examineze convingerea conform căreia, dacă își va exprima emoțiile, va suferi o decompensare psihică. Redăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Denisa, ai plâns la întâlnirea noastră de astăzi. Ce ai crezut că voi gândi eu despre tine?
Denisa: M-am temut că mă veți considera patetică.
T: Dar acum ce crezi?
D: Cred că mă înțelegeți. Păreți o persoană caldă.
T: Ai crezut și faptul că dacă îți exprimi emoțiile vei pierde controlul și te vei îmbolnăvi psihic?
D: Da, dar nu s-a întâmplat asta.
T: Când stai singură în casă îți spui în gând: „Trebuie să mă eliberez imediat de aceste stări pentru că altfel mă vor copleși". Ce ar fi dacă ai încerca să nu îți mai „îneci amarul" în alcool? Ce faci dacă încerci să nu mai bei?
D: Citesc o carte, mă uit la televizor sau fac gimnastică.
T: Iată că există mai multe strategii de a face față stărilor afective negative. Una dintre ele este abuzul de alcool. Să examinăm acum avantajele și costurile diferitelor modalități de a face față emoțiilor.

Pentru a o ajuta pe Denisa să-și înțeleagă stările afective, terapeutul a analizat împreună cu ea fondul genetic al familiei: părinții și bunica paternă au suferit de depresie, iar o mătușă a fost bolnavă de schizofrenie. Vulnerabilitatea biologică și mediul familial unde a predominat critica, retragerea și disimularea stărilor emoționale au fost oferite drept explicații pentru starea actuală a clientei. Modelul cognitiv a ajutat-o, de asemenea, să conștientizeze faptul că, deoarece nutrea convingerea că are o deficiență, clienta filtra acele informații care veneau în sprijinul convingerii respective, prognozând respingere, abandon și eșec. Aceste intervenții terapeutice au contribuit la diminuarea sentimentelor de culpabilitate.

În continuare, au fost puse în discuție convingerile conform cărora Denisa trebuia să aibă numai sentimente pozitive față de fiica ei Mirela. A fost aplicată strategia analizei beneficiilor și costurilor (costul constă în faptul că această convingere avea un caracter nerealist, Mirela fiind diagnosticată cu tulburări de comportament). Terapeutul a aplicat și tehnica standardelor duble, întrebând-o ce ar spune o

prietenă a cărei fiică lipsește de la școală și fură bani din casă. Răspunsul clientei a fost: „Există unele lucruri pe care le apreciez la fiica mea, dar sunt și multe care nu îmi plac." Această strategie a ajutat-o pe clientă să-și revizuiască viziunea simplistă asupra oamenilor și emoțiilor. Terapeutul a apreciat faptul că Denisa avea motive să fie tristă din cauza comportamentului fiicei sale, ceea ce a ajutat-o să-și înțeleagă mai bine stările afective.

Deoarece Denisa abuza de alcool pentru a-și înlătura anxietatea, terapeutul a pus accent pe reducerea consumului între ședințele de terapie, pentru că atâta timp cât obișnuiește să bea, clienta nu va avea acces la gândurile negative automate și nu le va putea înlocui cu unele raționale. Schemele sale emoționale disfuncționale joacă un rol însemnat în menținerea strategiei patologice de a face față stresului (convingerea negativă că stările emoționale o vor copleși, sentimentele de culpabilitate și neînțelegere a propriilor trăiri, precum și aceea că băutura reprezintă o alternativă față de ruminațiile interioare).

Sarcinile pentru acasă au fost următoarele:

– Denumirea stărilor afective: tristețe, anxietate, mânie, sentiment de vid interior, curiozitate etc.

– Acceptarea stărilor emoționale ca fiind omenești: „Trebuie să fiu puternică" versus „Trebuie să accept că sunt o ființă omenească";

– Acceptarea ambivalenței: „Nu este realist să mă aștept să am numai sentimente pozitive sau negative față de o persoană sau față de mine însămi. A avea sentimente contradictorii înseamnă a fi o persoană complexă";

– Normalizarea sentimentelor: „Este normal să mă simt uneori singură sau supărată";

– Autocontrolul stărilor emoționale: „Așază-te într-un fotoliu și acordă-ți 20 de minute pe zi pentru a-ți face griji"; „Atunci când te simți deprimată, fă gimnastică, fă o plimbare, citește o carte, vizitează o prietenă, fă cumpărături";

– Reducerea culpabilității: „Nu tu ai decis să ai o problemă"; „Există o serie de factori genetici și din copilărie care te-au determinat să fii vulnerabilă"; „A fi deprimat nu reprezintă un lucru rușinos";

– Reducerea ruminațiilor: „Ce lucruri plăcute sau utile aș putea face în următoarele zile în loc să mă gândesc la problemele mele?".

În vederea înlăturării îngrijorărilor au fost realizate următoarele strategii:

– Realizarea distincției dintre îngrijorările productive și neproductive: îngrijorările productive reprezintă pași în direcția rezolvării pro-

blemei, în timp ce acelea neproductive nu duc nicăieri și îmbracă forma: „ce va fi dacă..." și „scapă de sub control";

– Raționalizare: „Faptul că te simți anxioasă nu înseamnă că lucrul rău de care te temi se va întâmpla cu adevărat";

– Înlăturarea conexiunilor întâmplătoare: „Tu crezi că acel eveniment negativ nu s-a petrecut pentru că îngrijorările tale l-au preîntâmpinat. Există multe lucruri rele care nu se întâmplă și altele care se întâmplă, deși nu te-ai îngrijorat din cauza lor.";

– Reducerea tendinței de izolare, prin intermediul planificării activităților pe termen scurt și pe termen lung.

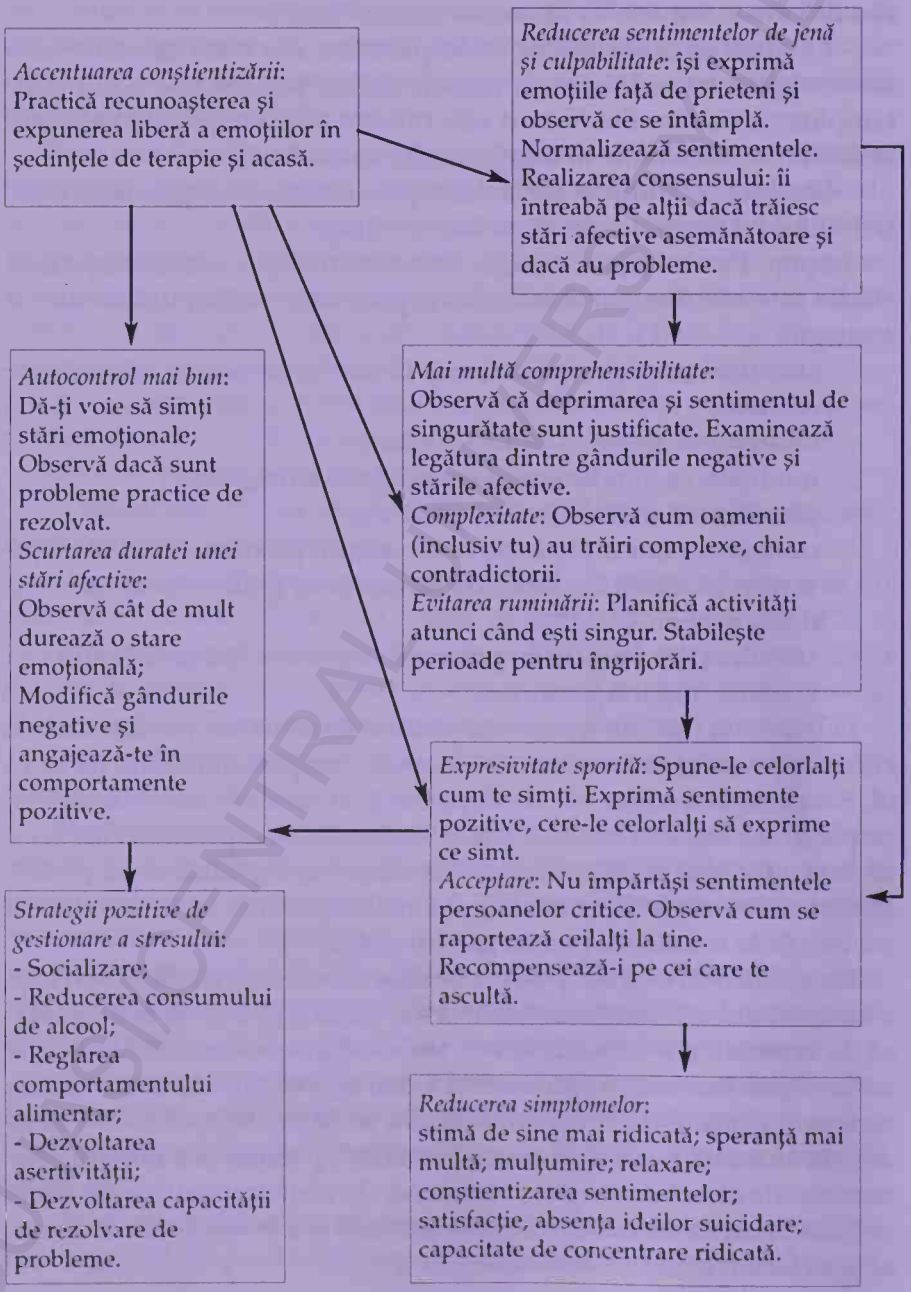
Treptat, Denisa și-a recâștigat autocontrolul și a realizat faptul că stările sale afective pot fi modificate prin intermediul următoarelor strategii:

- stabilirea unor perioade scurte în care să se lase în voia stărilor afective;
- observarea acestora fără a le judeca;
- modificarea gândurilor și convingerilor negative;
- planificarea unor activități pozitive;
- utilizarea unor metode de rezolvare de probleme care să o ajute să-și găsească un alt loc de muncă și să gestioneze corect conduita fiicei;
- stabilirea de contacte cu persoane suportive (prieteni) cărora să le poată împărtăși trăirile.

După două luni de terapie cu ședințe de două ori pe săptămână, clienta a reușit să reducă, apoi să stopeze complet consumul de alcool. Scorurile la inventarele de depresie și anxietate s-au redus la 9 și respectiv 8 puncte. Denisa a reluat legăturile cu o prietenă din liceu cu care a început să se întâlnească la sfârșit de săptămână. La școală, Denisa a devenit mai asertivă, și-a ameliorat relația cu directoarea și s-a înscris la examenul pentru gradul didactic I.

De asemenea, ea a adoptat o atitudine mai fermă cu fiica ei cu care a acceptat discuții deschise. Aceasta din urmă a încetat să mai lipsească de la școală și s-a înscris la un curs de dans modern. Psihoterapia a durat șase luni, după care clienta a mai fost văzută de câteva ori de terapeut. Conștient de vulnerabilitatea acesteia, terapeutul i-a atras atenția că există posibilitatea unor recăderi, precum și a reluării consumului de alcool dacă apar evenimente de viață traumatizante. Acesta i-a explicat că nu există o terapie perfectă și a învățat-o să se accepte și să facă eforturi să evolueze.

Schema intervențiilor terapeutice (după Leahy, 2003, p. 111)



Eficiența sarcinilor pentru acasă

Sarcinile pentru acasă au reprezentat o componentă importantă în cadrul terapiei cognitiv-comportamentale încă de la începuturile acesteia (Beck, Rush, Shaw și Emery, 1979). Observațiile clinice evidențiază faptul că îndeplinirea sarcinilor pentru acasă îl ajută pe client să se amelioreze mai repede și să se mențină în stare bună un timp mai îndelungat, complianța față de acestea reprezentând un predictor important pentru succesul terapiei. Cu toate acestea, terapeuții practicieni știu că adesea clienții nu își îndeplinesc sarcinile pentru acasă sau nu le realizează cum trebuie.

Detweiler și Whisman (1999) consideră că există trei categorii de factori care împiedică realizarea, cu succes a temelor pentru acasă în cadrul terapiei cognitive: factori ce țin de specificul sarcinii, factori care țin de terapeut și factori care țin de client.

Factorii specifici conținutului sarcinii se referă la claritatea și corectitudinea temelor care trebuie îndeplinite de client. Factorii care țin de terapeut implică abilitățile acestuia de a motiva clientul pentru realizarea sarcinilor și țin de alianța terapeutică și de maniera în care se realizează întărirea pozitivă a complianței față de temele pentru acasă. Factorii specifici clientului reprezintă variabile psihologice și dispoziționale, cum ar fi perfecționismul sau sensibilitatea față de respingere.

Terapeutul va trebui să realizeze unele ajustări în cadrul sarcinilor trasate clientului, astfel încât acestea să corespundă nivelului abilităților clientului și particularităților personalității sale. Deși toți acești factori pot genera blocaje în cadrul terapiei, Tompkins (2003) recomandă terapeuților să se focalizeze în primul rând asupra primelor două categorii de factori pe care îi pot controla mai bine, înainte de a presupune că noncomplianța la terapie s-ar datora unor trăsături psihopatologice ale clientului. Același autor (Tompkins, 2003) subliniază faptul că există o serie de factori care vor influența modul de îndeplinire a temelor pentru acasă:

1. Concepția clientului cu privire la afecțiunea sa și la tratament;
2. Nivelul de dezvoltare a cunoștințelor și deprinderilor clientului;
3. Istoria unor fenomene de noncomplianță de-a lungul vieții clientului;
4. Factori de mediu (partener nesuportiv, dificultăți de deplasare etc.).

1. Concepția clientului cu privire la boală și terapie

Terapeuții care înțeleg modelul explicativ al clientului asupra bolii pot implementa o strategie de intervenție în acord cu acesta, contribuind la sporirea complianței la tratament (Kleinman, 1977, *Suzane*, 1987). Cu alte cuvinte, dacă pacientul nu crede că temele pentru acasă sunt menite să-l ajute să-și rezolve problema, acesta nu le va duce la îndeplinire. Astfel, este puțin probabil că o femeie singură dintr-un oraș de provincie, în căutarea unui partener potrivit, ar accepta cu ușurință să meargă singură la o petrecere și să intre în vorbă cu bărbați necunoscuți. Terapeutul va trebui să culeagă informații în legătură cu convingerile clientului referitoare la problema sa, la terapie în general și la temele pentru acasă în mod special. Acesta îl va întreba direct pe client:

„De ce dorești să fii ajutat să-ți rezolvi problema?";

„Cum crezi că va decurge terapia?";

„Ce crezi că te va ajuta cel mai mult, dar cel mai puțin?";

„Care crezi că este rolul meu și rolul tău în cursul terapiei?".

Răspunsurile la aceste întrebări îl vor ajuta pe terapeut să formuleze ipoteze referitoare la o posibilă noncomplianță și la forma acesteia.

Cristina, o studentă cu agorafobie, s-a speriat foarte tare când terapeutul i-a comunicat că va trebui, în cadrul temelor pentru acasă, să iasă singură pe stradă. Terapeutul i-a explicat faptul că este vorba de sarcini gradate în pași mici, care vor începe după ce clienta a practicat exerciții de relaxare și antrenament mental menite să o ajute să-și stăpânească temerile. Aceste explicații au determinat-o pe Cristina să accepte începerea tratamentului.

2. Nivelul de cunoștințe și abilități al clientului

Adesea terapeutul va propune sarcini pentru acasă considerând de la sine înțeles faptul că pacientul poate să le îndeplinească, pierzând din vedere faptul că acesta poate să nu aibă abilitățile de a stabili priorități, de a rezolva probleme, de a comunica sau de a se exprima asertiv.

Este indicat ca terapeutul să inventarieze repertoriul de abilități al clientului, precum și flexibilitatea de a le aplica în diverse situații (un client care se comporta asertiv în calitate de director de firmă avea dificultăți să se comporte la fel cu soția). Abilitățile clientului de a duce la îndeplinire temele pentru acasă pot fi verificate în timpul ședinței de psihoterapie sub forma jocului de rol.

Astfel, Laura, o secretară cu fobie socială, izolată și depresivă, a convenit cu terapeutul că va telefona unei prietene pentru a o invita la o cafea. Jocul de rol a evidențiat faptul că invitația a fost făcută pe un ton rigid și glacial care conducea automat la un refuz. Terapeutul a realizat faptul că înainte de a trasa o astfel de sarcină ar trebui să o învețe pe clientă cum să întrețină convorbiri telefonice degajate și pline de amabilitate.

3. Istoria de noncomplianță a clientului

Clienții care evită să îndeplinească sarcinile pentru acasă sau cei care le realizează incomplet au avut adesea în antecedente o istorie de noncomplianță la alte tipuri de sarcini pe care au fost de acord să le îndeplinească, cum ar fi, de pildă, temele școlare. Mulți dintre aceștia relatează faptul că au avut și dificultăți de a urma prescripțiile medicilor de familie sau pe cele ale altor psihoterapeuți.

Întrebările care ar trebui adresate unor astfel de clienți ar putea fi: „Cum reacționați atunci când cineva vă dă un sfat sau vă sugerează să modificați ceva în comportamentul vostru?", „Ați avut dificultăți să vă faceți lecțiile când erați la școală?".

Observațiile clinice au evidențiat faptul că unele convingeri negative disfuncționale reprezintă cauza principală a blocajelor în realizarea temelor pentru acasă (Russo, 1987). Astfel, unii clienți nu își îndeplinesc sarcinile trasate pentru că sunt convinși de faptul că nu sunt capabili să o facă, temându-se că, dacă încearcă, vor eșua și terapeutul îi va respinge sau îi va critica. Clienții perfecționiști au expectații nerealiste în legătură cu modul în care trebuie îndeplinită o sarcină, ceea ce îi determină să amâne realizarea acesteia sau să renunțe imediat ce au început, considerând că au ratat acțiunea. Convingerile lor negative sunt de tipul: „Dacă nu realizez ceva perfect, sunt un ratat". Există și unii clienți care se tem de pierderea autocontrolului sau autonomiei (Dowd și Sanders, 1994), în timp ce alții sunt instabili sub aspect emoțional și pot deveni iritabili dacă li se sugerează să întreprindă ceva. Conceptualizarea cazului îl va ajuta pe terapeut să înțeleagă modul în care convingerile disfuncționale și problemele comportamentale și interpersonale contribuie la noncomplianță, precum și la apariția altor comportamente simptomatice (Ellis, 1997, Person, 1989, Tompkins, 1999).

Tompkins (2002) ne prezintă cele mai frecvente tipuri de blocaje care apar la îndeplinirea temelor pentru acasă, precum și strategiile

de contracarare a acestora. Strategiile sunt centrate mai curând asupra modificării structurii sarcinii sau a manierei terapeutului de a o administra, decât pe variabila client.

4. Factorii de mediu

Eșecul de a îndeplini sarcinile pentru acasă poate avea la bază și atitudinea unor persoane din anturaj care nu numai că nu îl sprijină pe client în îndeplinirea acestora, dar pot chiar să-l sancționeze. O clientă depresivă nu va putea duce la îndeplinire sarcina de a desfășura activități agreabile dacă soțul o ceartă că telefonează unei prietene sau refuză să meargă cu ea la un spectacol.

O altă clientă care locuia cu soțul, doi copii și soacra într-un apartament de două camere nu găsea timpul și locul liniștit pentru a practica exercițiile de relaxare.

Întrebările adresate clientului vor fi următoarele:

„Crezi că există ceva care te-ar putea determina să nu progresezi în terapie?";

„Cine din anturajul tău este mai suportiv și cine ar sabota terapia?";

„Pe cine ar trebui să sun dacă apare vreo problemă pe parcursul terapiei?";

„Ai mai încercat și în trecut să rezolvi problema care te frământă? Dacă da, ce anume te-a împiedicat să o faci?".

„Nu mi-am îndeplinit sarcinile pentru că nu sunt convins că mă vor ajuta." Clienții acceptă să-și îndeplinească sarcinile mai ales atunci când cred că acestea i-ar putea ajuta să-și rezolve problemele pentru care s-au adresat terapeutului.

Studiile au evidențiat faptul că pacienții care acceptă explicațiile referitoare la tratament au tendința de a progresa mult mai repede (Addis și Jacobson, 1996, Fennell și Teasdale 1987). Atunci când prezintă principiile terapiei și motivele pentru care trebuie realizate temele, psihoterapeutul va trebui să sublinieze legătura dintre acestea și obiectivele clientului.

„Marina, cred că două sau trei ieșiri în oraș săptămâna viitoare ar putea reprezenta o foarte bună sarcină pentru tine. Aș dori să-ți amintesc că în cursul ultimelor ședințe de terapie ai conștientizat faptul că te simți mult mai deprimată atunci când stai în casă singură. Deoarece obiectivul tău este să nu mai fi deprimată, consider că această sarcină ți-ar oferi un bun prilej ca să pui în aplicare o strategie care te va

ajuta acum și în viitor să-ți ameliorezi dispoziția atunci când te simți tristă."

Terapeutul nu trebuie să recomande niciodată o temă a cărei rațiune nu a fost înțeleasă și acceptată de client (Persons, Davidson și Thompkins, 2001).

„Nu mi-am făcut temele pentru acasă pentru că nu mi-a fost clar ce anume trebuie să fac." Clienții au dificultăți să realizeze sarcinile pentru acasă care par prea vagi. O sarcină clară și concret formulată trebuie să cuprindă următoarele informații: Când, unde, cu cine, cât de mult și ce acțiuni vor fi realizate.

O sarcină concretă poate să sune astfel:

„Invit-o pe Sanda mâine seară la ora opt la restaurantul «Select»", în timp ce una vagă ar fi: „Invită un prieten sau o prietenă să vă petreceți timpul împreună".

„Am uitat să-mi îndeplinesc sarcinile." Pentru a evita această situație sunt indicate însemnările care au menirea de a reaminti clientului ce anume trebuie să facă. Acestea pot îmbrăca forma unor instrucțiuni scrise sau înregistrate.

Tompkins (2003) sugerează următoarele elemente de care trebuie să țină seama terapeutul care formulează instrucțiuni (după modelul ABCDE adaptat după Shelton și Ackerman (1974), în care:

A = action (acțiune)

B = bring (a aduce)

C = chart (diagrame)

D = do/ do not (se referă la recompense și sancțiuni pentru îndeplinirea, respectiv neîndeplinirea temei).

E = extra (ce vor întreprinde clienții dacă vor întâmpina dificultăți pe parcursul realizării temelor pentru acasă).

A. Se va descrie în detaliu ce va trebui să facă subiectul sau celelalte persoane implicate în realizarea temelor pentru acasă (să noteze, să observe, să exerseze, să spună etc., precum și frecvența acțiunilor respective). De exemplu: „Adresează un salut la patru trecători în drum spre firmă".

B. Descrie ce anume va trebui să aducă pacientul la următoarea ședință de psihoterapie (un eseu, un jurnal, monitorizarea stărilor emoționale etc.).

C. Precizează forma în care clientul va nota rezultatele îndeplinirii sarcinilor pentru acasă (diagrame, grafice, liste etc.).

D. Se precizează ce se va întâmpla dacă clientul realizează sau nu tema propusă:

„Spune-ți în gând că ai făcut o treabă bună!"; „Cumpără-ți o ciocolată";

„Dacă nu ai realizat tema pentru acasă, o să ne ocupăm în timpul ședinței de psihoterapie de ce anume nu a mers".

E. Se precizează ce anume va face clientul dacă va întâmpina dificultăți în realizarea sarcinilor propuse.

Deoarece nu este posibil să se anticipeze toate situațiile care pot apărea, terapeutul îl va îndruma pe client să elaboreze așa-numitele planuri de rezervă.

„Dacă Monica nu răspunde la telefon, telefonează-i Anei sau Ruxandrei și invită-le la un spectacol."

„Dacă Monica nu poate veni sâmbătă la întâlnire, întreab-o dacă nu este disponibilă în cursul săptămânii viitoare."

„Nu mi-am îndeplinit sarcina pentru că mi s-a părut prea dificilă." De regulă, atunci când clienții afirmă faptul că sarcinile pentru acasă sunt mai dificile, ei consideră fie că acestea le depășesc posibilitățile actuale, fie că au apărut probleme pe parcursul rezolvării lor. Din acest motiv este indicat ca terapeutul să înceapă cu sarcini simple, gradate, pe care clientul să le poată îndeplini.

O sarcină mai ușoară pentru un subiect cu fobie socială ar fi să-și salute colegul de serviciu dimineața, în timp ce una mai dificilă ar fi să invite o colegă la cină. O sarcină mai puțin solicitantă administrată la început va crește încrederea clientului în terapeut și terapie, va contribui la consolidarea alianței terapeutice, motivându-l să se străduiască mai mult. Tompkins (2003) recomandă ca primele teme pentru acasă să cuprindă acțiuni pe care clientul le realizează deja.

Elena, o economistă timidă, a solicitat psihoterapie pentru a deveni mai asertivă în cadrul firmei. După realizarea unor jocuri de rol în cadrul terapiei, clientei i s-a cerut să realizeze o ierarhie a persoanelor cu care avea dificultăți de exprimare și să noteze în procente de câte ori s-a comportat asertiv cu fiecare dintre acestea. Clienta a fost de acord că prima persoană cu care va trebui să se comporte asertiv va fi o tânără nou angajată care îi era simpatică și căreia trebuia să-i prezinte activitatea biroului.

Unii clienți cad de acord să îndeplinească sarcinile pentru acasă, dar se opresc imediat ce apare cel mai mic obstacol. Pentru a preîntâmpina astfel de situații, terapeutul îl va ajuta să anticipeze eventua-

lele dificultăți și să elaboreze planuri alternative sau va exersa împreună cu clientul tema propusă în timpul ședinței de psihoterapie. Terapeutul va trebui să exploreze împreună cu clientul eventualele obstacole despre care acesta din urmă crede că îl vor împiedica să-și realizeze temele și să propună alte tipuri de sarcini (cum ar fi să monitorizeze situația pe care clientul nu crede că o va putea gestiona).

Repetarea sarcinii pentru acasă poate fi realizată în timpul ședinței de psihoterapie sub forma jocului de rol sau a imaginației dirijate în cadrul căreia clientul repetă cu voce tare ce anume are de îndeplinit.

„Nu mi-am îndeplinit sarcina pentru că nu mi s-a părut importantă." Adesea, clienții nu-și îndeplinesc sarcinile pentru acasă pentru că au impresia că acestea nu sunt importante, fie din cauza faptului că terapeutul nu insistă asupra necesității îndeplinirii lor, fie pentru că nu are timp să le analizeze.

Pentru a facilita realizarea temelor, terapeutul trebuie să îndeplinească următoarele condiții (Tompkins 2003):

• Să manifeste consecvență

Temele sau sarcinile pentru acasă trebuie revizuite în cadrul fiecărei ședințe, terapeutul apreciind pozitiv îndeplinirea lor sau discutând motivele neîndeplinirii. În caz contrar, clientul va considera că acestea sunt lipsite de importanță.

Terapeutul trebuie să discute cu clientul și măsura în care acesta a modificat din proprie inițiativă tema propusă deoarece i s-a părut prea dificilă sau deoarece au apărut factori neprevăzuți pe parcursul realizării ei. Aceste informații vor fi utilizate de către terapeut atunci când va formula următoarele teme.

• Să manifeste curiozitate

Clienții au mai multe informații în legătură cu factorii care i-au împiedicat să realizeze temele, un terapeut curios beneficiind de pe urma acestora în structurarea demersurilor viitoare. De asemenea, un terapeut curios îl va influența pe client, la rândul său curios, în legătură cu posibilele blocaje care stau în calea realizării temelor. Un astfel de terapeut va stimula creativitatea clientului, ajutându-l să formuleze singur noile sarcini în loc să le prescrie ca atare.

• Să dea dovadă de spirit de colaborare

Demersul terapeutic este mai eficient dacă terapeutul și clientul colaborează la alcătuirea sarcinilor pentru acasă. În felul acesta, clientul va avea un autocontrol sporit asupra a ceea ce se petrece și va

înțelege mai bine care sunt dificultățile și în ce măsură sarcinile trasate îi sunt utile. Mai mult, dacă cei doi colaborează cu succes în depășirea dificultăților, alianța terapeutică va avea de câștigat. Adesea, este indicat ca terapeutul să negocieze cu clientul o sarcină care este agreată de ambele părți.

• Să manifeste grijă față de client

Terapeutul trebuie să fie atent la maniera în care îi răspunde clientului atunci când au loc discuții referitoare la sarcinile trasate. Astfel, va evita să întărească noncomplianța clientului care nu și-a realizat temele prin formulări de tipul: „lasă că nu este nicio problemă", „altădată ai să faci mai bine" etc. De asemenea, terapeutul va adresa complimente clienților care au îndeplinit cu succes sarcinile trasate.

În cazul în care clientul nu a realizat tema propusă, terapeutul va trebui să reacționeze într-o manieră neutră, dar să pară interesat de ceea ce se întâmplă, concentrându-se asupra problemelor care au general noncomplianța. Întrebările adresate clientului trebuie să fie de tipul următor: „Oare sarcina a fost prea dificilă?"; „Au fost instrucțiunile insuficient de clare?"; „Au apărut cumva unii factori neprevăzuți?" În cazul în care clientul realizează parțial sarcina propusă, terapeutul va întări pozitiv aspectele îndeplinite și va negocia în continuare cu clientul temele viitoare, astfel încât să poată fi îndeplinite într-o măsură mai mare. Dacă subiectul nu îndeplinește de mai multe ori sarcinile trasate, acestea vor fi fragmentate în pași mici, mai ușor de realizat.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

IV
Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările fobice

Gillian Butler (1989) arată că fobia reprezintă o teamă exagerată și persistentă față de un obiect sau de o situație care, de regulă, este nepericuloasă. Aceste fobii produc dorința irațională a subiectului de a evita situațiile respective, deși pacienții realizează caracterul irațional al fricii lor. Fobiile reprezintă frici cu caracter dezadaptativ care produc perturbări în viața obișnuită a subiecților.

Literatura de specialitate distinge următoarele categorii de tulburări psihice:

a) fobia simplă (de înălțime, insecte, sânge etc.). Subiectul este, de regulă, asimptomatic dacă nu anticipează că s-ar putea întâlni cu obiectul fobiei sale;

b) fobia socială este mai complexă datorită faptului că subiectul se teme de lucruri inobservabile, cum ar fi evaluările negative, critica sau teama de a fi respins. Fobiile sociale se pot centra și pe unele aspecte concrete, cum ar fi teama de a vorbi în public, de a mânca în public. În aceste cazuri, evitarea situației anxiogene este mai dificil de realizat decât în cazul fobiei simple;

c) agorafobia: teama de a se afla în spații aglomerate (magazine, piețe, cinematografe etc.), de a călători cu mijloace de transport în comun, de a se afla departe de casă. Simptomele implică teama de a se afla în situații de unde subiectului îi este dificil să iasă sau de unde nu poate primi un ajutor în caz de urgență.

Agorafobicii se simt, de regulă, în siguranță acasă (deși acest lucru nu este valabil pentru toți subiecții). De asemenea, ei trăiesc stări de panică și teama că își vor pierde autocontrolul și că vor leșina în acele locuri de unde li se pare că nu pot ieși. Unii agorafobici sunt mai puțin anxioși dacă sunt însoțiți de o persoană în care au încredere sau

dacă poartă asupra lor anumite obiecte (un medicament, o umbrelă, o sticluță cu ceai etc.). Manualul de Diagnostic și Statistică DSM IV-R distinge două tipuri de agorafobie:

a) cu atacuri de panică;

b) fără atacuri de panică.

Nu este clar dacă este vorba de două entități nosografice distincte, care necesită tratamente diferite, sau este vorba de manifestări mai grave sau mai puțin grave ale aceleiași afecțiuni. Peste 80% din pacienții agorafobici sunt femei, în timp ce în cazul fobiei sociale proporția pe sexe este aproximativ egală. Deși nu se cunoaște exact originea fobiilor, majoritatea autorilor sunt de părere că acestea sunt frici dobândite prin condiționare. Cu toate acestea, rareori pacientul fobic poate descrie un eveniment psihotraumatizant despre care spune că stă la originea fobiei. Fobia se instalează, de regulă, gradat, ca rezultat al repetării unor experiențe mai mult sau mai puțin anxiogene sau prin intermediul învățării sociale. Uneori, această condiționare se fixează în perioade de stres puternic sau în stări de supraactivare, când reacțiile caracterizate prin teamă se învață cu ușurință. Fobiile simple se pot dezvolta gradat pe baza fricilor din copilărie, în timp ce fobia socială debutează, de regulă, în adolescență.

Agorafobia debutează în adolescența târzie, când mai ales fetele tind să devină mai independente, sau în jurul vârstei de 30 de ani (Marks și Gelder, 1966). După Marks (1969), prezența și natura factorilor precipitatori nu au o legătură directă cu tulburarea fobică.

Manualul DSM IV a modificat denumirea de „fobii simple" în „fobii specifice".

Particularitățile fobiilor specifice:

1. Prezența unei frici accentuate și persistente manifestate în prezența sau anticiparea apariției unui obiect specific sau a unei situații care, pentru majoritatea oamenilor, nu are un caracter anxiogen.

2. Expunerea la stimulul care reprezintă obiectul fobiei provoacă o stare de anxietate accentuată, care poate evolua până la intensitatea unui atac de panică.

3. Subiectul recunoaște faptul că teama sa este excesivă și irațională.

4. Situația fobică este evitată sau suportată cu o anxietate și un disconfort excesiv de puternice.

5. Reacțiile de evitare a situației anxiogene, precum și disconfortul resimțit de subiect prezintă o influență negativă asupra vieții cotidiene,

sferei ocupaționale relaționale și sociale a individului, care suferă datorită problemei sale.

6. Anxietatea, atacurile de panică sau evitările de tip fobic nu reprezintă simptome în cadrul altor tulburări psihice, cum ar fi: tulburarea obsesiv-compulsivă, tulburarea de stres posttraumatic, anxietatea de separare, fobia socială, agorafobia cu atacuri de panică sau agorafobia fără atacuri de panică (DSM IV, APA, 1993).

• Fobia sau teama de obiecte concrete

Persoanele care se tem de obiecte sau situații concrete (ascensoare, metrou, animale, insecte, înălțime, spații închise etc.), care nu implică relații interpersonale, își dau seama foarte exact de acest lucru. Adesea, subiectului îi este foarte clar și care este lucrul de care se teme cel mai mult („mă tem că liftul se va prăbuși și voi muri"). Chiar dacă acestuia nu-i este chiar foarte clar ce se poate întâmpla, el își dă totuși seama, în mare, care este situația care îl sperie (liftul, metroul etc.) și, din acest motiv, asemenea fobii sunt mai ușor de abordat sub aspect terapeutic.

• Claustrofobia

Teama de a se afla în anumite locuri: ascensoare, tunele, camere mici, clădiri înalte, poduri etc. se înscrie în categoria mare a claustrofobiei. Oamenii pot trăi în mod diferit claustrofobia: unii nu pot suporta să se afle în situația respectivă, în timp ce alții intră în panică numai atunci când se gândesc la acea situație. Persoana este cuprinsă de panică atunci când se află în spații închise, de mici dimensiuni, trăind senzația că este strivită sau prinsă ca într-o capacană. De regulă, atacurile anxioase ale claustrofobicilor se caracterizează prin presiune în zona toracelui, ceea ce face ca respirația să fie dificilă și subiectul se teme că se va sufoca. Mulți claustrofobici nu se simt bine în camerele în care nu pot deschide fereastra, în încăperi care se află la subsol și au probleme dacă hainele pe care le poartă sunt prea strâmte.

Deși unii claustrofobici își pierd uneori autocontrolul, acest lucru se întâmplă destul de rar (extrem de rar se întâmplă ca subiectul să se sufoce sau să leșine cu adevărat). Persoanele care suferă de fobie de înălțime încep să se teamă imediat ce se află la câțiva metri de la nivelul solului. Reacția se caracterizează prin senzația de amețeală, sentimentul că subiectul „va cădea", că va fi cumva „absorbit în afară",

precum și senzația de irealitate. În afara situațiilor respective, subiecții se comportă normal. Fobia de înălțime poate îmbrăca aspecte foarte diferite, în sensul că unii oameni se tem când se află într-o clădire înaltă, dar nu și în avion! Unii sunt cuprinși de teamă doar atunci când se apleacă peste o balustradă, dar pot privi liniștiți printr-o fereastră închisă.

Există și unele situații când subiectul nu-și identifică fobia corect. Astfel, cineva poate considera că se teme să folosească liftul, când, de fapt, se teme de înălțime. Există, de asemenea, fobii față de diferite condiții exterioare (de întuneric, de foc, de fulgere, tunete, de căldură, de frig etc.). De pildă, o femeie în vârstă suferea de fobia de căldură, temându-se că va face o congestie cerebrală, fapt ce o făcea să refuze să iasă din casă în lunile de vară.

• Fobia de animale sau insecte

Acest gen de fobii se instalează în copilărie și persistă și la vârsta adultă. Cele mai frecvente sunt fobiile de câini, pisici, șoareci, șerpi, păsări, păianjeni, albine, furnici. În cazul acestor fobii, teama se declanșează chiar la simpla vedere a animalului sau chiar a fotografiei acestuia.

Fobiile de a călători cu mijloace de transport: avion, autobuz, tren, metrou implică elemente de claustrofobie, dar uneori ele au la bază o experiență anterioară psihotraumatizantă, cum ar fi, de pildă, un accident de circulație. Unii subiecți se tem să conducă mașina, alții se tem atunci când o altă persoană se află la volan. Reacțiile lor atunci când se află în situația respectivă constau în gânduri negre referitoare la dezastre posibile, stare de irascibilitate și nervozitate și reacții psihosomatice, cum ar fi, de plidă, greață sau vomă.

• Fobia de boli sau de proceduri medicale

Există persoane care se tem de o boală anume, cum ar fi cancerul, SIDA, bolile venerice, rabia sau bolile cardiace (de pildă, infarct miocardic). Acești subiecți devin foarte atenți la orice modificare corporală care ar putea reprezenta un semn al bolii de care se tem. Aceste fobii se deosebesc de hipocondrie pentru că se referă doar la o anumită boală specifică, și nu la mai multe, ca la hipocondriaci. În spatele acestor fobii se ascunde uneori teama de moarte, dar de cele mai multe ori este vorba de teama de durere fizică, de a deveni infirm și neajutorat sau teama de diformități fizice. Unii subiecți prezintă fobie

la injecții, la intervenții chirurgicale, la explorări funcționale, analize sau la sânge. Nu de puține ori astfel de subiecți leșină atunci când se află într-un cabinet medical.

• **Fobii cu caracter neobișnuit**

Psihologii clinicieni sunt de părere că aproape orice obiect sau situație poate declanșa o fobie. Astfel, am tratat cândva un tânăr care suferea de fobie de pene sau fulgi de pasăre. În literatură se citează cazuri de fobie de flori, copaci, de a scrie, de baloane, de luminile traficului, de a se privi în oglindă etc. Interesant este faptul că persoanele care suferă de fobii de obiecte sau situații pot fi, altfel, persoane puternice, independente și creative. Faptul că cineva suferă de fobia de înălțime, de pisici sau injecții nu înseamnă că persoana respectivă este bolnavă psihic.

Literatura de specialitate citează cazuri de personalități marcante ale vieții culturale sau politice care au suferit de fobii diverse. Astfel, Spencer Tracy suferea de fobia de zbor cu avionul, Albert Camus avea fobia de a conduce mașina, Sigmund Freud fobia de a călători, iar Edgar Hoover (directorul FBI), în urma unui accident rutier minor, a căpătat fobia de a sta pe scaunul din stânga al autoturismului (Fensterheim și Jean Baer, 1977).

• **Simptomatologia tulburărilor fobice**

Lang (1968) distinge:

1. Simptome fiziologice: tahicardie, transpirații, tremor, respirație accelerată, tensiune sau, dimpotrivă, slăbiciune musculară, furnicături în stomac, senzație de greață, senzație de sufocare etc. Mai ales în agorafobie aceste simptome se asociază cu atacurile de panică (Barlow și Craske, 1988).

2. Simptome comportamentale: senzația că subiectul este „stană de piatră" sau tendința de fugă.

3. Simptome subiective: variază de la subiect la subiect și includ gânduri de tipul: „Ar fi putut să mă ucidă", „oamenii sunt extrem de lipsiți de grijă" și stări afective: jenă, rușine, teamă și furie.

Simptomele fiziologice, comportamentale și subiective pot sau nu să fie asociate.

Prin definiție, fobia reprezintă o frică disproporționată față de sursa care o produce, iar reacțiile — cum ar fi grija exagerată sau reacția de evitare — sunt inadecvate. Fobicii reacționează deci în plan fiziologic,

comportamental și subiectiv și aceste reacții împiedică dispariția simptomelor. Mai exact, reacțiile mențin problema pentru că sporesc starea afectivă negativă inițială și, chiar mai mult, produc noi simptome, cum ar fi anxietatea anticipativă, aprehensiunea unui pericol și frustrarea. Reacțiile subiective includ gânduri de tipul: „O să-mi pierd controlul", „O să leșin", „Tremur și toată lumea va observa" etc. În cazul fobiilor persistente care perturbă activitatea cotidiană, subiectul poate dezvolta și o reacție depresivă.

- **Cercul vicios al anxietății de tip fobic (Butler, 1989)**

Evitarea menține anxietatea pentru că subiectul nu mai învață că obiectul sau situația care îl sperie nu este deloc sau nu este atât de periculoasă pe cât își închipuie. Alți factori importanți care întăresc simptomele sunt gândurile negative în legătură cu menținerea anxietății („O să leșin", „Ceva e în neregulă cu mine") sau în legătură cu anticiparea consecințelor confruntării cu situația fobică („O să mă muște", „Nimeni nu o să vorbească cu mine" etc.).

Factorii externi, cum ar fi acțiunile celorlalți care fac anumite lucruri în locul pacienților pentru a-i scuti de confruntarea cu stimulii anxiogeni, mențin, la rândul lor, fobia. În absența tratamentului este necesară identificarea exactă a acelor factori (condiții) care mențin simptomul.

Bazele teoretice ale terapiei cognitiv-comportamentale în cazul comportamentului fobic

Psihoterapia cognitiv-comportamentală a fobiilor își are originea în lucrările lui Wolpe (1958) referitoare la desensibilizarea sistematică și se bazează pe supoziția că atât comportamentul normal, cât și cel anormal sunt învățate. Deci, dacă un comportament este învățat, el poate fi și dezvățat. Această dezvățare se realizează prin metoda expunerii progresive la stimulii care produc teama (cu alte cuvinte, subiectul, în loc să evite situațiile anxiogene, se confruntă cu ele în

mod gradat). Astfel, subiectul se convinge că situația nu e chiar atât de periculoasă.

Expunerea sparge cerul vicios care menține simptomul și facilitează învățarea noului comportament. Problema principală a terapeutului este să-l ajute pe pacient să intre în situații care, pentru el, sunt dezagreabile și îi produc teamă. Expunerea este definită ca situația în cadrul căreia subiectul se confruntă cu un stimul pe care îl evita înainte pentru că îi producea teamă.

Cercetările întreprinse de Marks, 1981; Emmelkamp, 1982; Mathews, Gelder și Johnston, 1981, au demonstrat că, pentru a fi eficientă, expunerea trebuie să fie:

- gradată;
- repetată;
- prelungită;
- sarcinile practice trebuie să fie clar precizate.

Aceasta înseamnă că pacientul trebuie să identifice cu precizie toate situațiile pe care le evită și să le ordoneze conform unei ierarhii gradate. Prima sarcină trebuie să fie suficient de facilă, pentru a fi sigur că pacientul o va îndeplini, dar în același timp suficient de dificilă pentru a-i provoca oarecare anxietate. O sarcină trebuie repetată frecvent și cu regularitate, până ce va provoca foarte puțină anxietate sau nu va mai provoca deloc anxietate. Abia după aceasta se poate trece la o nouă sarcină de pe listă.

Exemplu: un pacient cu fobie de păianjeni poate începe prin a examina un păianjen mort aflat într-un borcănel de sticlă. Apoi se poate trece la o sarcină mai dificilă ca, de plidă, să țină în mână un păianjen mort.

Cu cât fobia este mai complexă, cu atât tratamentul va dura mai mult. De regulă, terapia durează în medie 8 ședințe, după care se consideră că pacientul a învățat suficient pentru a practica singur metoda cu un ajutor minimal. În toate cazurile, pacienții trebuie învățați să treacă la o nouă sarcină imediat ce s-au acomodat cu cea anterioară (anxietatea s-a redus). Sarcinile anterioare trebuie repetate ocazional pe parcurs și încorporate, pe cât posibil, în viața cotidiană.

Interviul clinic

Începe la prima ședință și se continuă pe parcursul tratamentului, pentru a furniza informații în legătură cu o strategie eficientă și flexibilă. Interviul de evaluare are 3 obiective (Butler, 1989):

(1) să determine natura exactă a fobiei și în ce măsură tratamentul este potrivit;

(2) să definească scopurile tratamentului;

(3) să evalueze nivelul corect al anxietății de tip fobic.

Mulți pacienți vorbesc cu dificultate despre fobiile lor pentru că:

– acestea le trezesc anxietatea;

– vizita la terapeut îi face să se confrunte cu situații anxiogene reale (a merge la clinică pentru un agorafobic sau a vorbi cu cineva pentru un subiect cu fobie socială);

– pentru că fobiile lor li se par iraționale sau ridicole.

Severitatea se pune în evidență interogând pacientul cu privire la măsura în care fobia sa îl împiedică să-și desfășoare o existență normală. Se întreabă în felul acesta:

„Ce anume te împiedică fobia ta să faci?"

„Dacă nu ai avea această fobie, ce ai face în mod diferit sau cum ar fi viața ta?"

Nu este absolut necesară istoria detaliată a instalării comportamentului fobic, ci este mult mai important să fie cunoscuți factorii care îl mențin. De asemenea, sunt importanți factorii de natură cognitivă:

– gândurile cu privire la situațiile considerate periculoase, îndoielile cu privire la eficiența tratamentului sau cu privire la posibilitatea pacientului de a-l urma;

– interviul trebuie să pună în evidență și faptul dacă mai apar și alte simptome, cum ar fi anxietatea generalizată sau depresia;

– este important de știut dacă pentru pacient este mai comod să trăiască cu fobia sa, decât să lupte împotriva ei. Întrebarea potrivită în acest caz este următoarea: „Dacă scapi de fobia ta, ce probleme vei mai avea?"

Terapeutul trebuie să se informeze și cu privire la strategiile adaptative pe care le-a folosit înainte pacientul, pentru că unele din acestea pot avea un caracter eficient și pot fi încorporate în cadrul tratamentului. (De pildă, pacientul obișnuiește să se gândească la altceva pentru a-și calma anxietatea.) Frecvent, tabloul clinic se complică în cazul abuzului de alcool și tranchilizante, care sunt dificil de abandonat pentru că au efecte benefice pentru moment, dar produc dependență în perspectivă. Din această cauză pacientul trebuie să achiziționeze strategii adaptative mai eficiente și fără efecte nocive.

Resursele pacienților vor reprezenta un factor important în evoluția tratamentului. Aceste resurse pot fi:

- tendința de a aborda situații dificile;
- hobby-uri diverse;
- aspecte ale existenței neafectate de comportamentul fobie;
- existența unor rude sau prieteni care să-i ajute;
- particularități ale personalității, cum ar fi perseverența și simțul umorului.

Acești factori pot fi ușor identificați dacă întrebăm pacientul cum a făcut față fobiei sale în trecut.

Indicații nosografice

Majoritatea fobiilor se ameliorează semnificativ în urma terapiei. Pacienții cu depresii severe sau cei dependenți de alcool nu vor fi complezenți la tratament decât dacă au primit înainte un tratament corespunzător, de regulă psihiatric. De asemenea, subiecții cu tulburări de personalitate ridică alt gen de probleme: fluctuații ale motivației, dependență exagerată sau ostilitate față de terapeut. Pentru aceștia tratamentul durează mai mult.

Determinarea obiectivelor terapiei

Deși obiectivul general al terapiei este evident, este important să se discute cu pacientul obiectivele specifice, deoarece acestea pot să nu corespundă cu cele ale terapeutului. De exemplu, un obiectiv al pacientului care nu concordă cu al terapeutului îl reprezintă așteptarea unor miracole (de exemplu, un pacient cu fobie socială își poate dori să nu mai simtă niciodată anxietate în situații sociale!). Acordul între pacient și terapeut în privința scopurilor terapiei este absolut necesar pentru ca pacientul să se angajeze plenar în tratament.

Evaluarea comportamentului fobic

Evaluările sunt importante pentru că ne aduc informații cu privire la progresele din cursul tratamentului, ceea ce servește la planificarea, în continuare, a demersului terapeutic. Cel mai frecvent se utilizează drept măsură a comportamentului fobic scalele ierarhice gradate și testele de comportament. O scală gradată reprezintă o listă a situațiilor fobice care se utilizează pentru a realiza expuneri gradate. Fiecare item este evaluat de pacient pe o scală gradată de la 0 la 10 (sau de la 0 la 100), în funcție de nivelul anxietății pe care îl

produce. Construirea unei astfel de ierarhii este mai dificilă în practică decât în teorie, pentru că nu totdeauna este ușor să gradezi fricile pe o scală cu trepte mici.

Prezentăm mai jos ierarhizarea situațiilor anxiogene pentru fobia de înălțime (Butler, 1989):

		Scor
1.	Să privești pe fereastră de la jumătatea palierului.	5
2.	Să privești de la etajul I pe fereastra închisă.	7
3.	Să privești de la etajul I pe fereastra deschisă.	10
4.	Să privești pe fereastra apartamentului unor prieteni de la etajul II.	10–20
5.	Să privești pe fereastra biroului situat la etajul V.	30–40
6.	Să te urci pe o scară pentru a schimba un bec.	40
7.	Să mergi pe un pod înalt în apropierea parapetului.	50
8.	Să mergi pe o cărare printre prăpăstii.	80
9.	Să conduci pe o șosea muntoasă cu serpentine.	90
10.	Să mergi cu telecabina.	95
11.	Să cinezi în turnul Eiffel.	100

Sarcinile comportamentale

Un test comportamental constă în a face o acțiune care, de regulă, este evitată, notând nivelul anxietății tot pe o scală de la 0 la 100. Prezintă avantajul că se poate evalua separat anxietatea anticipatoare și durata anxietății-simptom în timpul realizării acțiunii. Dezavantajul acestei tehnici constă în aceea că expunerea efectivă are, prin ea însăși, rol terapeutic, fapt ce modifică evaluarea, și din acest motiv testele comportamentale nu pot fi aplicate prea frecvent în scop evaluativ.

Automonitorizarea

Aceasta ajută pacientul să-și autoevalueze progresele în cursul terapiei, dar și în cadrul temelor pentru acasă.

Jurnalul unui pacient agorafobic (Butler, 1989)
Numele: Ana, M.
Data: 12 I 1997
Vârsta: 32 de ani
Ocupația: casnică

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Sarcină: Să merg în fiecare zi la cumpărături în apropiere. Să merg în oraș o dată, dacă este posibil.

De dată mai recentă sunt evaluările de tip cognitivist, și anume gândurile negative sau predicțiile în legătură cu ce crede că se va întâmpla dacă va fi în situația X. De pildă, „anxietatea mea va crește la 7, pe o scală de la 0 la 10, și nu voi fi capabil să rămân acolo mai mult de un minut".

Sarcini zilnice	Anxietate anticipatorie	Anxietate actuală	Tremorul picioarelor	Medicamente
1. Să merg până la poștă în apropiere.	4	2	+	0
2. Mers la cumpărături la un magazin mai îndepartat; întoarcere cu autobuzul.	5	2	0	0
3. Mers cu autobuzul în orașul cel mai apropiat și retur.	5	7	++	0
4. M-am simțit îngrozitor. Am stat acasă. Am luat o pastilă. Am mers la magazin 10 minute.	6	4	+	1
5. Am mers cu autobuzul în orașul vecin împreună cu N. (2 ore).	6	3	0	0

Subiectul trebuie interogat și după ce s-a confruntat cu situația propriu-zisă, pentru a vedea dacă expectațiile sale s-au confirmat, pentru

că aceste expectații au un caracter catastrofizant („O să leșin"; „Toți vor râde de mine"; „Am să înnebunesc").

Psihoterapia propriu-zisă (Butler, 1989)

La începutul terapiei trebuie să li se explice pacienților modul în care se formează simptomele și cum se stabilizează cercul vicios. Astfel, unui pacient agorafobic i-a fost prea cald și i s-a făcut rău în metroul care îl ducea la serviciu. În ziua următoare când s-a urcat în metrou a fost cuprins de teama să nu i se facă rău din nou. A început să evite mersul cu metroul și reacția de evitare a contribuit la fixarea anxietății. Treptat, el a început să dezvolte anxietate anticipativă și și-a convins soția (soțul) să-l ducă la serviciu cu mașina (anxietate anticipativă -> reacție de evitare și feedback). În felul acesta, comportamentul celorlalți menține reacția de evitare a pacientului. I se explică pacientului că scopul tratamentului este spargerea cercului vicios.

Ședințele de psihoterapie trebuie însoțite de fiecare dată de teme pentru acasă. Doar pacientul este cel care trece de la o treaptă la alta, iar terapeutul trebuie să-i reamintească faptul că la început se va înregistra o creștere a anxietății, iar pentru succesul terapiei este nevoie de perseverență și curaj. Terapeutul trebuie, de asemenea, să adreseze încurajări pacientului. În practică nu este atât de simplu să realizezi o expunere gradată, și din acest motiv este nevoie de multă creativitate din partea terapeutului și pacientului.

Strategii

1. Dacă fobia este clar delimitată (de exemplu: fobie de animale sau de o anumită boală), se pot utiliza diverse forme de comunicare: pacientul va fi solicitat să citească, să scrie sau să vorbească despre problema respectivă.

2. O altă strategie constă în a identifica factorii care tind să modereze nivelul anxietății trăite (de exemplu, trăirea unei situații sociale poate avea grade diferite de dificultate în funcție de numărul de persoane prezente, vârstă, sex și grad de autoritate în raport cu pacientul sau în funcție de factori situaționali, cum ar fi gradul de formalism al situației, momentul din zi sau alte condiții ale ambianței).

Practica expunerii progresive nu este numai anxiogenă, ci și plicticoasă. O varietate mai largă de sarcini sporește motivația, încrederea, dar și probabilitatea ca progresele în ceea ce privește un aspect

al fobiei să se generalizeze și la alte aspecte. Terapeutul trebuie să-l ghideze pe pacient să găsească modalitatea de a se apropia de stimulii anxiogeni și să depășească manevrele subtile de evitare a acestora (de exemplu, „Mai bine stau azi acasă pentru că poate veni instalatorul"). În astfel de situații trebuie să-și exprime clar punctul de vedere: „Fii atent la trăirile tale! Nu vezi că de fapt eviți să faci un anumit lucru? Mai bine încearcă să te gândești cum ai putea să faci ceea ce ți se cere".

1. Sarcinile nu pot fi întotdeauna clar specificate de la început, repetate sau gradate identic, pentru că situațiile fobice sunt variate și uneori imprevizibile (astfel, nu putem ști totdeauna cine va veni la o petrecere).

O modalitate de a depăși această situație constă în a nu menține o ierarhie rigidă și în a practica o varietate de sarcini în aceeași săptămână. Aceasta le dă pacienților posibilitatea să opteze pentru exersarea anumitor situații asupra cărora ei pot exercita un autocontrol minimal, cum ar fi, de pildă, să pună întrebări, să asculte cu atenție sau să utilizeze semnale de comunicare nonverbală (pentru fobie socială).

2. Unele situații, cum ar fi, de pildă, adresarea unei cereri sau semnarea unui cec, nu pot fi prelungite, pentru că pacientul nu poate rămâne în situație până ce anxietatea se reduce. Cu toate acestea astfel de situații pot fi utile ca sarcini de expunere datorită efectelor cognitive: neconfirmarea expectațiilor pacientului că va fi rejectat sau că va părea ridicol.

3. Mulți pacienți fobici afirmă că au încercat propria lor variantă de expunere la stimuli anxiogeni, dar fără succes. Trebuie să li se explice faptul că una din cauzele eșecului a fost aceea că ei nu au fost pe deplin implicați în situație (un fel de neatenție datorată anxietății excesive). Pacienților trebuie să li se atragă atenția că este absolut necesar să se gândească la ceea ce fac atunci când realizează exercițiile propuse. Deși terapia trebuie adaptată specificului pacientului, de regulă, fobicii sunt tratați individual în ședințe de 45 de minute, în care se trec în revistă progresele și se planifică sarcinile de expunere progresivă, care se realizează în afara ședințelor.

Antrenarea în terapie a unui prieten sau rudă care să încurajeze motivarea sau să sfătuiască pacientul s-a dovedit o metodă bună pentru agorafobici (Mathews și alții, 1981). Rezultate pozitive și durabile au fost obținute în aproximativ cinci ședințe de psihoterapie.

a) *Expunerea reală („in vivo")*

Un obiectiv major al tratamentului este să furnizeze pacientului încrederea că poate face față unor situații pe care înainte le evita. Din acest motiv se pune un accent deosebit pe temele pentru acasă. Cu toate acestea s-a dovedit util și ca terapeutul să însoțească pacientul în momentul expunerii. Acest fapt contribuie la reducerea anxietății și contribuie la parcurgerea mai rapidă a ierarhiei stimulilor anxiogeni.

Pericolul constă în aceea că pacientul se va baza mai mult pe terapeut decât pe sine însuși. Din acest motiv, pacientul este sfătuit să lucreze și independent, și să renunțe să mai fie însoțit de terapeut înainte de încheierea tratamentului. Terapeutul poate grada expunerea „in vivo" împreună cu pacientul: la început îl poate însoți într-o călătorie cu metroul, apoi poate călători în vagonul vecin și în cele din urmă îl poate aștepta la sosire în stație.

b) Expunerea în plan imaginativ

În unele cazuri, cum ar fi, de pildă, fobia de zbor cu avionul, este dificil de organizat expuneri „in vivo". În astfel de cazuri, clientul va învăța o tehnică de relaxare sau de autohipnoză și, după ce o va stăpâni foarte bine, se va confrunta în plan mental cu diverse situații anxiogene, a căror ierarhie a fost stabilită în prealabil împreună cu terapeutul.

c) Terapia de grup

Asemănările între diferiți pacienți fobici îi fac pe aceștia potriviți și pentru terapia de grup. Membrii grupului sunt adesea capabili să-și împărtășească unul altuia ideile despre strategiile de a face față situațiilor anxiogene.

Expunerea în grup se poate realiza sub forma unei ieșiri colective la cumpărături, pacienții deplasându-se individual sau în perechi, în conformitate cu nevoile lor. Se recomandă trei ședințe pe săptămână, fiecare ședință durând o jumătate de zi, acestea fiind suficiente pentru a obține un progres vizibil pentru ca pacienții să dorească să lucreze în continuare singuri, cu sprijin minimal.

BCU "CAROL I" UNIVERSITY LIBRARY

Strategii utilizate de subiecți pentru a face față existenței, în ciuda fobiilor lor

Marea majoritate a subiecților care suferă de asemenea probleme reușește să-și aranjeze astfel viața încât să facă față acesteia, deși suferă de fobia respectivă. De pildă, Marina, o femeie atrăgătoare de aproximativ 40 de ani, patroana unei edituri, suferea de fobie de înălțime, a cărei origine nu o cunoștea. Ea spunea adesea că și-a petrecut copilăria într-un orășel de provincie și că nu este obișnuită cu blocuri înalte. Firma la care este patroană se află la etajul 4 al unui bloc, iar ea și-a aranjat astfel biroul încât să nu poată privi pe fereastră, care rămâne în permanență cu draperiile trase, încăperea fiind iluminată artificial. Marina are mari probleme când trebuie să meargă la Casa Presei Libere sau la vreo bancă aflată într-o clădire înaltă. Ea este cuprinsă de panică mai ales dacă încăperile au geamurile mari. Dacă merge în concediu sau în delegație, alege întotdeauna o cameră care se află la etajul I.

Recent, Marina a fost invitată în Statele Unite, în orașul New York, unde a avut mari probleme cu camera de hotel și mai ales cu o recepție care a avut loc pe terasa unui zgârie-nori. Deși dorea din tot sufletul să întâlnească o anumită persoană care putea sponsoriza editura pe care o conducea, Marina nu a fost capabilă să rămână la recepție mai mult de 10 minute, pentru că se simțea amețită, mâinile îi transpirau și avea senzația că se prăbușește.

Această pacientă obișnuia să utilizeze următoarele strategii adaptative:

1. Strategia creativă de evitare a situațiilor anxiogene

Deoarece pacienta avea o orientare activă în raport cu existența, ea izbutea să se descurce astfel încât să evite să ajungă la etajele superioare ale unor clădiri: făcea rezervări la etajul 1 al unor hoteluri, organiza întâlniri în restaurante sau cafenele care se aflau la parter, evita să viziteze prieteni care stăteau la etajul 9 sau 10.

2. Abordarea directă a situației care produce fobia

Atunci când se afla în imposibilitatea de a evita să urce la etajele superioare ale unei clădiri, Marina găsea metode de a-și minimiliza teama: ruga pe cineva s-o însoțească, utiliza alcool sau tranchilizante.

3. Activarea relației disconfort–dorință

Atunci când motivația este puternică, unii subiecți de acest tip pot „face o excepție", depășind disconfortul și expunându-se situației

anxiogene. De pildă, Marina a reușit să urce la ultimul etaj al Spitalului Municipal atunci când mama ei se afla acolo.

Înainte de a începe terapia, este de dorit ca subiectul să-și analizeze propriul model de comportament de evitare și de a face față fobiei sale, răspunzându-și la următoarele întrebări:

- Ce acțiuni specifice ați întreprins sau întreprindeți pentru a minimaliza expunerea la situațiile care vă sperie?
- Atunci când vă aflați deja în situația respectivă ce anume faceți pentru a vă simți mai bine? Recurgeți cumva la strategii de „fugă", cum ar fi alcoolul sau medicamentele?
- În ce condiții sunteți capabil să vă depășiți teama și să vă expuneți situației care vă sperie?

Mulți oameni sunt conștienți de natura fobiilor lor: au rămas în copilărie blocați în lift, au fost mușcați de câini sau au scăpat cu viață dintr-un incendiu. Cu toate acestea, terapeuții comportamentaliști sunt de părere că tratamentul poate fi încununat de succes și în cazul în care natura exactă a fobiei rămâne necunoscută. Mai mult, acești terapeuți consideră că, în unele cazuri, cunoașterea cauzei declanșatoare a fobiei poate chiar s-o amplifice, deoarece subiectul evocă mereu în minte trauma la care a fost expus.

Psihoterapia fobiei de obiecte și situații concrete

Studiile au arătat că metoda desensibilizării sistematice dă rezultate în acest tip de fobii în proporție de 80–90% din cazuri (Fensterheim și Jean Baer, 1977).

Desensibilizarea sistematică „in vivo" (în realitate)

Este mai indicat, atunci când acest lucru este posibil, să se înceapă cu exercițiile reale de desensibilizare pentru fobiile de obiecte și situații. Acestea sunt atât de concrete, încât este relativ facil de elaborat o ierarhie a situațiilor anxiogene. În același timp, expunerea efectivă la situațiile care îl sperie pe subiect elimină o etapă a terapiei, pentru că în cazul în care se începe cu desensibilizarea în plan imaginativ se trece apoi la desensibilizarea în viața reală. Mai mult, stăpâ-

nirea unei situații reale îi conferă subiectului o satisfacție mai mare și mai multă încredere în sine.

Pentru a realiza o ierarhie corectă a situațiilor anxiogene, este indicat ca terapeutul să cunoască bine zonele în care se mișcă pacientul, pentru a alege pentru început situația mai ușoară în care să se realizeze expunerea.

Mihai, preparator la o catedră universitară, suferea de fobie de înălțime. Reacțiile sale de panică începeau chiar de la etajul trei al unui bloc, cu senzația că va cădea. La începutul terapiei i s-a recomandat să urce la etajul trei și să rămână un timp acolo, terapeutul indicându-i se aleagă un bloc fără ferestre în zona scărilor. Într-o etapă mai avansată i s-a cerut să rămână la etajul trei lângă fereastră și să se relaxeze până când tensiunea dispare. Apoi el a avut sarcina să stea la etajul 5 lângă o fereastră deschisă, relaxându-se până la reducerea anxietății. Treptat, el a practicat aceleași sarcini la etajele 7, 8, 9 și 10, până când a reușit să se elibereze de fobia sa.

În desensibilizarea reală se utilizează frecvent și materiale auxiliare vizuale (poze cu câini, șerpi, păianjeni etc.), acestea putând fi intercalate în cadrul ierarhiei de stimuli la care trebuie să se expună subiectul. De asemenea, în cadrul acestui tip de desensibilizare se recomandă pacientului să facă apel la rude sau prieteni, care să-l susțină pe parcursul tratamentului.

Aceștia pot ajuta la eficiența tratamentului în următoarele moduri:

– pot contribui la procurarea unor obiecte de care pacientul se teme și cu ajutorul cărora acesta va realiza exercițiile de desensibilizare (poze cu șerpi, ace de seringă etc.);

– pot acompania pacientul în timpul exercițiilor de expunere sistematică la situațiile de care se teme (de pildă, pot merge cu metroul împreună cu acesta);

– pot încuraja pacientul, realizând aprecieri pozitive în legătură cu modul în care acesta a depășit o etapă sau alta a terapiei.

Dezavantajul tehnicii desensibilizării „in vivo" constă mai ales în faptul că aceasta consumă prea mult timp și este costisitoare sub aspect financiar și uneori expunerea este chiar imposibilă (de pildă, nu putem „face rost" de tunete și fulgere atunci când dorim să desensibilizăm pe cineva de astfel de fobii.) De asemenea, unii autori au arătat că pentru unii subiecți această tehnică este prea anxiogenă, producând uneori reacții paradoxale.

Desensibilizarea în plan imaginativ

Acest tip de desensibilizare are avantajul că subiectul poate reproduce mental orice situație dorește. Astfel, dacă acesta are fobia de a călători cu avionul, el nu va fi nevoit „să exerseze", să călătorească efectiv, cheltuind o mulțime de bani. Mai mult, în situațiile imaginare subiectul se pregătește pentru o situație reală, cu care nu se poate confrunta în mod frecvent. Expunerea în plan imaginativ trebuie să fie tot gradată, ca și expunerea reală, iar cele două strategii trebuie combinate, pe cât posibil. Un pacient cu fobie de zbor cu avionul trebuie să repete secvența de zbor în imaginație, dar el va avea de câștigat dacă va vorbi și va citi despre zborul cu avionul, va face vizite la aeroport și, bineînțeles, dacă va putea efectua o călătorie cu avionul. Expunerea în plan imaginativ este relativ dificil de realizat de pacient singur, acesta trebuind să fie ghidat de terapeut.

Procedura standard constă în a solicita pacientul să-și imagineze, în stare de relaxare, unul din itemii ierarhiei de stimuli anxiogeni. Pacientul trebuie să realizeze o imagine suficient de vie pentru a-i produce anxietate, să-și imagineze respectiva situație cu cât mai multe detalii, până când anxietatea dispare. Itemii trebuie repetați în plan imaginativ până când provoacă puțină anxietate și abia atunci se poate trece la itemul următor.

Metoda combinată (desensibilizarea în plan imaginativ și apoi în realitate)

1. „Elaborați ierarhia de situații care vă produc teamă, de la cea mai puțin anxiogenă până la cea mai anxiogenă. Vă veți antrena pentru a vă familiariza cu ele întâi în plan imaginativ și apoi în plan real."

2. „Dacă în lista cu situații tot mai anxiogene există unele goluri, respectiv există situații pe care nu le puteți găsi ușor în realitate, utilizați scene imaginare."

Astfel, dacă un subiect suferă de fobia de a călători cu mijloacele de transport în comun, el poate exersa în plan real călătoria cu autobuzul sau metroul, dar îi va fi ceva mai greu să exerseze călătorii cu trenul și mai ales cu avionul.

3. „Exersați fiecare item din ierarhie întâi în imaginație și abia după ce anxietatea dispare atunci când se realizează evocarea în plan mental a expunerii la situațiile care vă sperie, treceți la abordarea lor în plan real."

Exercițiile de desensibilizare în plan real trebuie să se situeze cu două–trei trepte în urma celor realizate la nivel de antrenament mental. Dacă subiectul are dificultăți să realizeze expunerea reală, el trebuie să reia situația respectivă și să lucreze mai mult asupra ei în imaginație.

Terapeutul trebuie să aibă în vedere următorii factori care afectează progresul terapiei:

a) Factori care au avut influență în trecut:

– criticile frecvente;

– șocurile emoționale (de exemplu, subiectul era cât pe ce să cadă de pe o stâncă).

Atâta timp cât evenimentele trecute nu afectează îndeplinirea sarcinilor prezente, ele pot fi ignorate (de exemplu, poate merge la magazin pentru cumpărături). Problemele trecute mențin focalizarea pe simptom și reduc șansele de reușită. În astfel de cazuri terapeutul trebuie să pună accentul, în discuțiile cu pacientul, pe succesele acestuia și să sublinieze aspectele pozitive ale diverselor situații. Este, de asemenea, util să ceară pacientului să scrie despre succesele sale.

b) Factori care afectează starea prezentă:

– hipervigilența: anxioșii au un prag scăzut de percepere a amenințării. Hipervigilența este neproductivă și menține simptomul (un subiect cu fobie de zbor cu avionul va detecta toate știrile referitoare la catastrofele aeriene). În astfel de cazuri este utilă relaxarea sau o tehnică de distragere;

– interpretările greșite: anxioșii au tendința de a interpreta evenimentele, mai ales cele ambigue, într-un mod amenințător (Butler și Mathews, 1983). De pildă, când un agorafobic simte că i se înmoaie picioarele el crede că va leșina sau când un prieten nu-i răspunde la telefon, un subiect cu fobie socială consideră că a fost respins.

În asemenea situații, aceste interpretări trebuie identificate și găsite explicații alternative, care urmează să fie testate în timpul expunerii. Astfel, o agorafobică nu mai simte că i se înmoaie picioarele când vorbește cu o prietenă. Deci ea poate ajunge la concluzia că această senzație este mai curând un semn de anxietate, decât un indicator că își va pierde cunoștința. Este important ca pacienții să ajungă să-și găsească singuri explicații alternative pentru a învăța cum se realizează acest lucru, deși în fazele inițiale ale psihoterapiei e bine ca terapeutul să ofere sugestii.

c) Factori care afectează starea viitoare:

Pacienții fobici prezintă frecvent modele de gândire produse de anxietatea anticipatorie: „Nu numai că voi rămâne închis în lift, dar nu se va găsi nicio persoană care să mă scoată". Acest model cognitiv afectează și evoluția terapiei: „Nu numai că tratamentul va fi dificil, dar nici măcar nu mă va ajuta". Factorul perturbator trebuie identificat, formulat în termenii pacientului și restructurat prin intermediul testării în sfera comportamentală.

Aspecte cognitive specifice fobiilor

Mai ales fobiile sociale implică numeroase elemente cognitive, respectiv gânduri legate de faptul că subiectul este criticat, evaluat, rejectat. În cazul agorafobiei apar mai ales gânduri legate de faptul că subiectul va leșina sau că își va pierde autocontrolul. Se pun pacientului întrebări de tipul: „Când te simți speriat, la ce te gândești?", „Care este cel mai rău lucru care crezi că se poate întâmpla?".

Nu întotdeauna este indicată expunerea la situații cu aspectul cel mai negativ. De pildă, în cazul unui pacient cu fobie socială, expunerea la o evaluare negativă este dificil de aranjat și traumatizantă. Mai utilă este găsirea unei situații în cadrul căreia poate apărea o evaluare negativă a subiectului, dar în cadrul căreia frica de cel mai rău lucru care se poate întâmpla să fie infirmată. Factorii cognitivi pot împiedica pacientul și să se implice în tratament, nu numai să întârzie evoluția acestuia.

Metode adiționale de tratament

Tehnici privind controlul anxietății

În general, pentru a fi eficiente, tehnicile de expunere trebuie să producă anxietate. Cu toate acestea, reducerea anxietății în anumite limite contribuie la formarea deprinderilor de autocontrol la pacienții fobici. Pacienții care își pot controla până la un anumit nivel simptomul vor progresa mai rapid în ierarhia stimulilor tot mai anxiogeni, vor fi mai capabili să facă față anxietății anticipatoareși să aplice deprinderile achiziționate când se vor simți anxioși în viitor.

Aceste metode sunt:

a) Relaxarea — se potrivește cu precădere pacienților cu simptome somatice ale anxietății (dar nu numai acestora);

b) Încordarea dirijată este recomandată mai ales subiecților cu fobie de sânge, care înregistrează un model particular de simptome. Inițial se înregistrează o creștere a tensiunii arteriale, urmată de o scă-

dere rapidă, care se încheie frecvent cu leşin. În astfel de situaţii, o încordare voluntară a muşchilor braţelor, picioarelor şi toracelui va preveni căderea de tensiune şi leşinul.

Ost şi Sterner (1987) propun în astfel de situaţii următoarea schemă de tratament: la început, subiecţii învaţă prin metoda modelării şi prin practică să-şi încordeze voluntar musculatura pentru 10–15 secunde şi apoi să revină la starea normală. Apoi ei sunt expuşi gradat la o serie de stimuli: pot urmări accidente unde se vede sânge. Ei sunt învăţaţi să detecteze primele semne de scădere a tensiunii şi să le oprească prin intermediul încordării musculare.

c) Tehnica distragerii. A acorda atenţie simptomelor produse de anxietate nu face decât să perpetueze cercul vicios. Distragerea poate inversa acest proces. Tehnica este utilă ca strategie pe termen scurt, dar este nefolositoare pe termen lung, mai ales când subiectul o foloseşte ca să evite simptomele sau angajarea în cadrul tehnicii expunerii. Distragerea implică îndreptarea atenţiei spre stimuli exteriori (de exemplu, să descrie mobilierul din cameră).

d) Identificarea gândurilor negative şi găsirea unor gânduri alternative.

e) Jocul de rol se foloseşte mai frecvent în tratamentul fobiilor sociale, acesta putând fi considerat ca o tehnică de expunere (de exemplu, tehnicile psihoterapiei asertive pentru pacienţii care au dificultăţi să-i refuze pe ceilalţi).

Problema în aceste cazuri este că pacientul nu poate fi asertiv fără să fie agresiv. În astfel de cazuri se repetă diverse variante de răspuns până când pacientul descoperă comportamentul adecvat. Tehnica se aplică simplu, după modelul: „Să presupunem că eu sunt şeful tău. Arată-mi cum i te-ai adresa dacă i-ai cere să-ţi schimbe programul". Inversarea rolurilor îl poate face pe pacient conştient de efectele comportamentului nonasertiv al altora şi de avantajele de a fi mai asertiv.

Urmărirea comportamentului său înregistrat pe casetă video îi poate demonstra pacientului faptul că starea sa subiectivă este mai rea decât comportamentul vizibil în exterior.

f) Tehnica repetiţiei (antrenamentului) reprezintă un mod prin care subiectul se pregăteşte pentru expunere. Mulţi fobici susţin că în mintea lor se face un gol când sunt confruntaţi cu obiectul fobiei lor sau când sunt cuprinşi de panică. Tehnicile pentru a face faţă anxietăţii intense trebuie repetate mental. Subiectul este învăţat să repete între-

bările pe care le va adresa sau subiectele despre care va vorbi într-o situație socială. Se poate face repetiția, de pildă, pentru vorbitul în public.

g) Modelarea este o tehnică indirectă, prin intermediul căreia terapeutul demonstrează pacientului cum să se apropie de obiectul fobiei sale (de exemplu, un șarpe).

h) Medicația anxiolitică. Efectul benefic al expunerii este redus de medicația anxiolitică, pentru că pacientul pune starea de calm care se instalează în prezența obiectului fobiei pe seama tratamentului și nu pe seama propriilor sale acțiuni. Cu toate acestea, sunt cazuri în care medicația anxiolitică este utilă când se ivesc situații pentru care pacientul nu a avut timp să se pregătească. Utilizarea sistematică a tranchilizantelor trebuie însă descurajată, pe cât posibil.

Fobiile sociale

Fobiile sociale reprezintă cele mai mascate și cele mai dificil de identificat tipuri de fobii. Aceste fobii pot să guverneze și chiar să distrugă viața unei persoane.

Adesea, suntem conștienți de faptul că viața este plină de dificultăți și obstacole, că trebuie să luptăm cu acestea, să fim fermecători, asertivi, luptători și, deși știm bine aceste lucruri, suntem timizi, nesiguri, permanent depășiți de ceilalți, iar existența noastră este lipsită de relații calde și apropiate. De cele mai multe ori punem aceste probleme pe seama unor conflicte de natură inconștientă nerezolvate, conflicte care își au originea în copilărie (probabil sub influența lecturilor de psihanaliză) sau pe seama defectelor altor persoane. Cu toate acestea, multe din problemele menționate (desigur, nu toate) nu sunt altceva decât forme mascate de fobii sociale.

Prezentări de cazuri

Nelu este un bărbat singuratic, cu foarte puțini prieteni și cu foarte puține întâlniri. Rareori este invitat undeva, dar, de regulă, nu acceptă invitația. La primele petreceri la care a participat totuși, a fost capabil să susțină o conversație interesantă, dar

numai atunci când o altă persoană a inițiat discuția. Nelu recunoaște sincer că nu se duce la întâlniri și refuză invitațiile pentru că îi este teamă că ar putea fi respins de ceilalți. Această situație nu reprezintă altceva decât un caz de fobie socială, subiectul evitând sistematic orice situație în care ar putea să apară pericolul de a fi respins de ceilalți.

Mariana are, în schimb, o viață socială foarte activă. Problema ei este că nu poate realiza o relație satisfăcătoare cu un bărbat. Modelul ei de comportament este următorul: întâlnește un bărbat liber, se întâlnește frecvent cu acesta și, la scurt timp, cei doi ajung să trăiască împreună, dar în două-trei luni relația se deteriorează și se rupe. Mariana suferă câteva săptămâni de tulburări depresive și anxietate, după care începe o nouă relație și ciclul se repetă. Mariana este conștientă de faptul că atunci când este singură este foarte nervoasă și tristă. Ea își amintește mereu de singurătatea ei de copil unic, de care părinții nu se interesau.

Problema Marianei este fobia de singurătate, care o determină să ducă o viață instabilă și o aruncă în relații nefericite cu bărbații. Aceste relații se termină prost, deoarece pentru ea bărbații nu reprezintă parteneri, prieteni sau iubiți, ci doar mijloace de a scăpa de singurătate; pe o astfel de bază nu se poate construi o relație solidă.

Fobiile sociale, ca și celelalte tipuri de fobii, declanșează modelul automat al comportamentului de evitare. Dacă respectiva situație nu poate fi evitată, subiectul devine supraîncordat și anxios. Există însă și unele diferențe între fobiile obișnuite și fobiile sociale.

- Astfel, așa cum am mai subliniat, fobiile sociale sunt mascate și, de regulă, mai dificil de identificat.
- Fobiile sociale produc, în afară de reacția specifică de teamă, și o serie de stări afective supraadăugate, cum ar fi: culpabilitate, furie, resentimente sau depresie. Toate aceste trăiri afective produc reacții de evitare, fugă sau uneori chiar reacții agresive.
- Pentru că obiectul fobiei sociale sunt oameni și nu obiecte sau situații, aceștia vor reacționa, la rândul lor, la comportamentul subiectului, fapt ce complică și mai mult situația, conducând la fenomenul „profeției împlinite".

De exemplu, o persoană care se teme să fie respinsă nu interacționează cu ceilalți, iar aceștia încetează să fie interesați de ea; rezultatul este că persoana respectivă este respinsă. Starea de disconfort pe care o trăiește subiectul cu fobie socială se transmite și celorlalți, care ajung să nu se mai simtă bine în compania acestuia.

Caracteristica esențială a fobiei sociale constă, așadar, în teama subiectului de a fi evaluat negativ de ceilalți, care îi vor critica perfor-

manţele. Termenul de performanţă are aici un sens foarte larg şi se referă la autocontrolul emoţional sau la executarea unor sarcini de rutină, cum ar fi mâncatul, vorbitul în public sau chiar semnarea unor documente în prezenţa altor persoane. Pacientul care suferă de fobie socială este convins că se va comporta într-un mod inacceptabil şi că acest lucru va atrage respingerea din partea celorlalţi şi diminuarea stimei de sine. Fobia socială este definită în cadrul Manualului DSM IV ca fiind teama puternică şi persistentă de situaţii sociale sau care presupun realizarea unor performanţe şi în care persoana se poate simţi stânjenită.

Diagnosticul de fobie socială se pune doar atunci când expunerea subiectului la situaţia respectivă provoacă apariţia imediată a unei anxietăţi puternice, care perturbă în mod semnificativ desfăşurarea activităţilor cotidiene, sfera ocupaţională şi viaţa socială şi creează persoanei un puternic disconfort psihic. Subiectul în cauză va avea tendinţa să evite situaţiile sociale, iar dacă acest lucru nu este posibil, le va suporta cu mare dificultate. La mulţi subiecţi cu fobie socială pot să apară şi atacuri de panică în cazul expunerii la situaţia socială sau la anticiparea acesteia. Aflaţi în situaţiile sociale de care se tem, subiecţii respectivi se vor simţi stânjeniţi, se vor comporta ciudat, iar ceilalţi îi vor aprecia ca fiind anxioşi, slabi, nebuni sau proşti. Pacienţii se pot teme să mănânce în public pentru a nu le tremura mâinile, se tem că se vor bâlbâi sau că se vor înroşi şi cei din jur vor observa acest lucru.

Manualele D.S.M. III şi D.S.M. IV descriu o variantă specială de fobie socială, caracterizată prin extinderea fricilor la majoritatea situaţiilor sociale, subiecţii din această categorie fiind caracterizaţi printr-un accentuat deficit la nivelul abilităţilor sociale şi printr-o dezadaptare mult mai accentuată. Nu se pune diagnosticul de fobie socială în cazul în care problemele respective au la bază o infirmitate fizică sau o altă afecţiune psihică (de pildă, teama de a mânca în public a pacienţilor cu anorexie nervoasă).

Principalele tipuri de fobii sociale (Fensterheim şi Baer, 1977)

1. Fobia de a fi privit

Subiecţii care suferă de această fobie au impresia (adesea, fără o bază reală) că ceilalţi îi privesc insistent, şi aceasta le provoacă teama.

De pildă, în timpul unei conversații într-un grup, persoana respectivă face o remarcă, ceilalți o privesc, și aceasta se simte stânjenită și încetează să mai vorbească. Într-o etapă ulterioară se instalează reacția de evitare, în cadrul căreia subiectul caută să minimalizeze posibilitatea de a fi privit și din acest motiv nu mai participă la conversație. În forme mai avansate, subiectul se ascunde prin colțuri sau în spatele unui ziar. Acest gen de fobie are drept consecință teama de a vorbi în public.

2. Teama legată de faptul că ceilalți își vor da seama că individul este nervos

De regulă, această fobie are un conținut precis pentru că subiectul își manifestă nervozitatea prin manifestări neurofiziologice, cum ar fi tremorul mâinilor sau al vocii, paloare sau roșeață. De teamă că ceilalți vor observa acest lucru, individul refuză mai ales invitațiile unde se servește ceva de băut pentru că este convins că ceilalți vor remarca faptul că îi tremură mâinile când ia ceașca de cafea și că inevitabilul se va produce: cineva îl va întreba de ce este atât de nervos.

3. Teama că subiectul va fi „prins" într-o relație apropiată

Persoanele care suferă de această fobie raționalizează frecvent situația lor, spunându-și „nu doresc să-mi asum vreo responsabilitate" sau „dacă mi se întâmplă aceasta nu voi mai putea face ceea ce vreau eu să fac" etc. Fensterheim și Jean Baer (1977) consideră că aceasta reprezintă un fel de generalizare a claustrofobiei la relațiile sociale, în sensul că subiectul generalizează teama de a fi prins în capcană și la situațiile sociale.

4. Teama (fobia) de a fi „descoperit"

Persoana se teme de faptul că dacă ceilalți își vor da seama de particularitățile personalității sale (vor ghici cum este el cu adevărat), îl vor respinge. Unii indivizi nici măcar nu sunt conștienți de acele particularități care i-ar putea face pe ceilalți să nu-i agreeze, în timp ce altora respectivele trăsături le sunt clare („ei vor descoperi că sunt prost, incult, plictisitor sau rău"). Acest gen de fobie conduce la evitarea relațiilor apropiate cu ceilalți.

5. Fobia de sentimente negative

În această categorie intră tot felul de fobii care pot influența întregul stil de viață al subiectului. Cel mai frecvent se întâlnește teama de reacția de furie sau critică. Subiectul se teme să exprime astfel de sentimente sau/și de faptul că alții ar putea exprima astfel de sentimente față de el. Acest gen de fobie poate îmbrăca un aspect general

sau particular, incluzând figuri învestite cu autoritate, reprezentanți ai sexului opus sau persoane apropiate.

6. Teama (fobia) de singurătate (de a întreprinde o acțiune singur)

Această fobie este asociată frecvent cu tendința de izolare și cu dispoziția depresivă. Frecvent, ea îmbracă forma unei stări de disconfort, fără a se ajunge la o stare afectivă intensă. De pildă, persoana ar dori să iasă undeva la sfârșit de săptămână, dar nu găsește pe nimeni s-o însoțească, fapt ce îi produce o stare de disconfort difuz. În loc să iasă singur, individul preferă să rămână acasă și acest lucru îi accentuează depresia.

7. Fobia (teama) subiectului că nu va putea comunica cu ceilalți include:

- Fobia că ceilalți nu îl agreează pe subiect. Aceasta este poate cea mai răspândită fobie cu caracter interpersonal și are un caracter deosebit de distructiv. Adesea, când ceilalți nu ne plac, avem tendința să reacționăm prin intermediul unor sentimente de culpabilitate exprimate astfel: „Probabil că am făcut ceva rău" sau „Este ceva în neregulă cu mine".

Pentru a evita astfel de situații, subiectul se străduiește permanent să fie o persoană drăguță și amabilă, renunțând să mai fie el însuși. În felul acesta, el își reprimă dorințele și tendințele, nu luptă pentru drepturile sale și ajunge uneori chiar să renunțe la demnitatea sa. Consecințe foarte asemănătoare le produce și teama de a nu-i lovi pe ceilalți.

- Teama de a părea ridicol

Unii subiecți sunt cuprinși de panică la gândul că ar putea face un lucru pe care ceilalți l-ar putea considera ridicol și adesea persoana în cauză se judecă mult mai aspru decât o fac cei din jur. Pentru că orice ar putea spune sau face un individ poate părea ridicol pentru altcineva, acesta va tinde să evite tot mai mult să se manifeste în public, devenind tot mai inhibat. Astfel, acesta își va inhiba orice pornire creativă, se va refugia în convențional, transformându-se într-o persoană plată și plicticoasă.

Foarte apropiată de această fobie este și teama de a nu greși, consecințele ei fiind asemănătoare cu ale fobiei de ridicol.

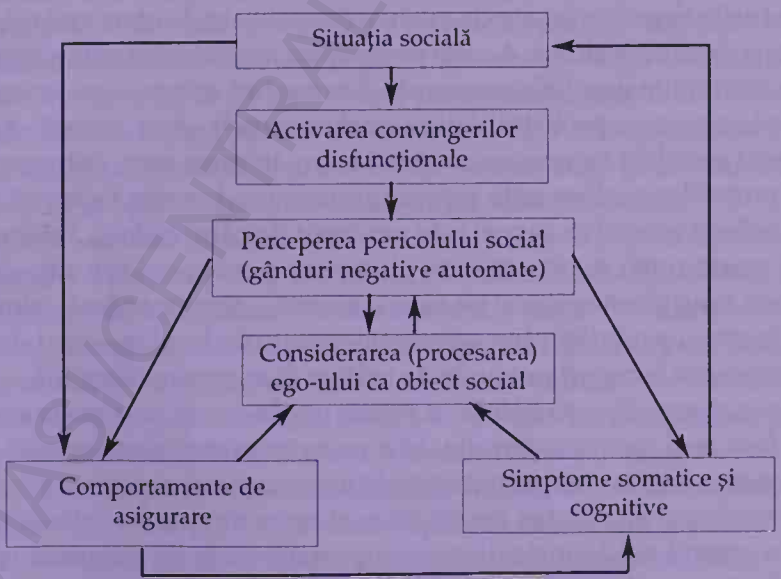
- Teama de a fi rejectat (respins)

Această fobie împiedică, de asemenea, subiectul să intre în relații adecvate cu ceilalți, având efecte asemănătoare cu cele ale fricii că ceilalți nu îl agreează. Subiectul devine excesiv de sensibil la reacțiile ce-

lor din jur și ajunge adesea să-și sacrifice propriile interese și obiective. Acesta interpretează cel mai mic semn de dezaprobare din partea altei persoane ca pe un semn de respingere, iar respingerea reprezintă o adevărată catastrofă pentru el.

Fobiile sociale sunt deosebit de subtile, cel mai adesea mascate, și pot conduce la un comportament hipervigilent de repetare „contrafobică" a anumitor modele de reacție. Sin cauza hipervigilenței, subiectul devine atât de sensibil la stimulii din zona care îi produce teamă, încât el percepe amenințări și acolo unde acestea nu există (de pildă, poate considera o remarcă oarecare ca pe un semn de critică). Repetarea de tip contrafobic îl determină pe subiect să se plaseze mereu în situațiile care îi produc teamă și cărora, bineînțeles, el nu le face față. Astfel, un bărbat se poate teme de femei agresive („castratoare"), dar intră mereu în relații cu astfel de persoane și relațiile respective se sfârșesc prost.

Modelul cognitiv al fobiei sociale
(Clark și Wells, 1995; Wells și Clark, 1997; Wells, 1999)



BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Trăsătura esențială a fobiei sociale constă în dorința puternică a subiectului de a produce o impresie favorabilă asupra celorlalți, dorință acompaniată de teama subiectului că nu va reuși acest lucru. O dată intrat într-o situație socială, pacientul va avea tendința de a o evalua ca fiind periculoasă. Acesta va nutri convingerea că se află în pericol de a acționa într-un mod stupid și inacceptabil, comportament ce are niște urmări catastrofale, cum ar fi pierderea statutului social, respingerea și umilirea din partea celorlalți. Teama pierderii statutului social nu se referă doar la modul în care subiectul este perceput de ceilalți, ci și la autostimă și imaginea de sine.

Evaluarea pericolului va activa convingerile negative de bază referitoare la natura și consecințele unor evaluări realizate în cadrul interacțiunilor psihosociale (de exemplu: „Dacă ceilalți își vor face o impresie proastă despre mine, va fi un dezastru, viața mea nu va mai avea sens."). Situația considerată periculoasă va activa și programul de declanșare a anxietății, cu mecanismele sale fiziologice, cognitive, afective și comportamentale. Aceste mecanisme, care în filogeneză ajutau subiectul să facă față unor amenințări reale, devin, la rândul lor, surse de amenințări la adresa imaginii de sine a persoanei. Aceste fenomene conduc la escaladarea anxietății și la menținerea problemei.

Fobicul social devine preocupat de reacțiile sale psihosomatice, de gândurile negative legate de evaluările realizate de către ceilalți, precum și de autoevaluări. Aceste preocupări abat atenția subiectului de la informațiile esențiale provenite din mediul extern, fapt ce contribuie la creșterea probabilității ca performanțele să se reducă. Astfel, fobicul social își va concentra atenția spre interior, spre autoperceperea propriilor performanțe și presupune în mod eronat faptul că acestea reflectă modul în care el este perceput de către ceilalți. Fobicul social poate nutri teama că este plictisitor pentru cei din jur, dar în același timp el este centrat pe sine și acordă o atenție redusă celorlalți.

Pentru a preîntâmpina așa-zisele catastrofe în plan social, fobicii declanșează comportamentele de evitare și asigurare (de pildă, un fobic ce se teme că se va bâlbâi va repeta în gând ceea ce dorește să spună, fapt ce îi sporește șansele de a nu se exprima cum trebuie). Din nefericire, aceste comportamente de asigurare vor accentua gândurile negative și anxietatea legată de evaluarea din partea celorlalți.

În primul rând, unele dintre comportamentele de asigurare nu fac decât să exacerbeze simptomele (de pildă, a ține în mână prea strâns o cană pentru ca ceilalți să nu observe tremurul va perturba mișcările

firești) sau să reducă performanțele (repetarea în gând a celor ce trebuie spuse perturbă concentrarea asupra subiectului conversației). În al doilea rând, anumite comportamente de evitare pot să-l facă pe fobicul social să pară mai puțin degajat și prietenos în ochii celorlalți, fapt ce va declanșa o contrareacție din partea acestora. În al treilea rând, faptul că presupusa catastrofă nu se produce este atribuit de fobic declanșării comportamentelor de asigurare și nu faptului că evaluările sale au un caracter distorsionat. Un aspect important al acestui model se referă la procesările psihologice legate de modul în care subiectul apare în ochii celorlalți. Aceste elemente contribuie la aprecierea gradului de pericol perceput subiectiv în situațiile psihosociale.

Fobicul social este permanent motivat de dorința de a crea o impresie favorabilă asupra celor din jur, în timp ce imaginea de sine și autostima acestuia au un caracter fluctuant, menținut prin intermediul a două mecanisme psihologice care produc centrarea exagerată pe sine însuși: procesarea anticipatorie (cum va apărea subiectul în situația dată) și procesarea posteveniment (își face probleme și își adresează autocritici legate de modul în care s-a comportat într-o situație psihosocială).

Anticipând confruntarea cu situația socială, fobicul tinde să realizeze ruminații în legătură cu situația. Acestea se referă la planificarea și la repetarea mentală a ceea ce va trebui să spună, conținutul acestor ruminații fiind totdeauna negativ. În această etapă anticipatorie este activat conceptul de ego social, și stabilitatea acestuia începe să fie amenințată. Odată părăsită situația socială, ruminarea aspectelor negative legate de aceasta are tendința să continue, pacientul analizând critic propriul său comportament în situația socială.

Această analiză „post-mortem" nu face decât să accentueze aspectele negative ale comportamentului subiectului în situația socială, fapt ce va contribui la întărirea evaluărilor și convingerilor disfuncționale. În momentul în care un pacient cu fobie socială se expune unei situații de care se teme, acesta începe să se concentreze imediat asupra propriei persoane, pe care începe să o analizeze din perspectiva unui observator extern (Wells, Clark și Ahmad, 1995). Informațiile interne venite de la propriul organism oferă, de regulă, o imagine eronată în legătură cu modul în care subiectul apare în ochii celorlalți.

De exemplu, un fobic căruia îi tremură ușor mâinile se poate percepe pe sine ca tremurând din tot corpul, în timp ce unul care transpiră percepe „râuri" de sudoare reci care îi curg pe frunte.

Spre deosebire de atacurile de panică, unde „catastrofa" nu se produce niciodată, în cazul fobiei sociale evenimentele negative de care se teme subiectul chiar se pot întâmpla: oamenii pot să-l privească în mod ciudat, el poate fi umilit sau poate fi considerat de către ceilalți ca fiind neinteresant. Problema principală nu constă în aceea că aceste evenimente au loc, deoarece ele li se întâmplă și altor oameni, ci în semnificația pe care le-o acordă subiectul fobic, precum și în evoluțiile negative la care se așteaptă acesta, mai ales în ceea ce privește imaginea de sine.

Modelul cognitiv elaborat de Clark și Wells (1995) pentru fobia socială postulează faptul că aceasta este menținută de o serie de factori:

1) Convingerile de bază legate de autoevaluarea propriei persoane („Sunt o persoană plicticoasă", „Nimeni nu mă agreează").

2) Supoziții cu caracter condițional („Dacă le voi arăta celorlalți ce simt, ei vor considera că sunt incompetent", „Dacă nu mă voi exprima corect, ceilalți vor crede că sunt nebun").

3) Prezența unor reguli rigide referitoare la performanțele personale („Trebuie totdeauna și cu orice preț să par inteligent", „Nu trebuie niciodată să manifest vreun semn de anxietate").

În concluzie, putem afirma că modelul cognitiv al fobiei sociale implică următoarea secvență de evenimente: situația socială activează convingerile și supozițiile disfuncționale legate de posibilitatea unui eșec în ceea ce privește manifestarea unor performanțe potențiale, iar implicațiile eșecului anticipat de subiect generează o puternică stare de anxietate. Aceasta va conduce la perceperea situației sociale ca pe o amenințare care, la rândul ei, va genera gânduri automate negative și anxietate legată de acestea.

Prezentăm în tabelul de la pagina următoare câteva exemple de gânduri negative automate, urmate de procesări psihologice în legătură cu imaginea de sine și de comportamente de asigurare (Wells, 1999).

Gândurile negative automate activează anxietatea care, la rândul său, va genera simptome somatice și cognitive. Aceste simptome vor deveni și ele obiectul unor evaluări negative, fiind interpretate ca semne ale unor eșecuri și umilințe în plan social. Aprehensiunea pericolului este urmată de concentrarea atenției asupra propriei persoane, fobicul începând să se autoobserve și să-și monitorizeze senzațiile, imaginile, trăirile și gândurile.

Gânduri negative automate	Procesări psihologice legate de imaginea de sine	Comportamente de asigurare
1. Nu știu ce să spun. Oamenii vor crede că sunt un prost.	Imagine de sine: persoană urâtă, proastă, neinteresantă.	Evită contactele vizuale, evită să atragă atenția asupra sa; vorbește puțin; lasă partenerul să vorbească; își planifică ce vrea să spună.
2. Voi începe să tremur și îmi voi pierde controlul.	Subiectul este concentrat asupra lui însuși: își spune în gând: „Mă simt atât de rău încât trebuie să arăt îngrozitor".	Evită să țină în mână căni sau pahare; ține obiectele prea strâns; încordează mușchii; respiră; evită să-i privească pe ceilalți; ține cana cu ambele mâini.
3. Ce se va întâmpla dacă voi deveni anxios? Ceilalți vor observa și nu mă vor lua în serios.	Subiectul își pierde controlul asupra propriei persoane. Imagine de sine în care se vede roșu de emoție și tremurând din toate încheieturile.	Ține mâinile încleștate; privește lateral; își acoperă fața cu părul; se machiază excesiv.
4. Ce se va întâmpla dacă voi transpira? Ei vor crede că sunt anormal.	Concentrare asupra propriei persoane; se vede pe sine șiroind de sudoare.	Poartă maiouri pe sub cămașă; utilizează deodorante în exces; rămâne cu haina pe el; utilizează batiste; nu depărtează brațele de corp; poartă haine prea lejere.
5. Mă voi bâlbâi și mă voi exprima greșit. Oamenii vor crede că sunt prost.	Concentrare asupra propriei persoane; se percepe pe sine ca fiind timid și caraghios, își aude propria voce.	Își monitorizează discursurile; caută să pronunțe cuvintele cât mai corect. Repetă propozițiile în plan mental înainte de a le pronunța; vorbește prea repede; vorbește prea puțin despre sine.

Informațiile cu caracter interoceptiv vor fi utilizate de subiect pentru a trage concluzii în legătură cu modul în care apare în ochii celorlalți care îl evaluează. Încercând să evite producerea „catastrofei" sociale, subiectul va pune în acțiune comportamentele de asigurare, care nu fac decât să mențină problema. Aceste comportamente contribuie la accentuarea concentrării asupra propriei persoane, dar și împiedică infirmarea convingerilor negative referi-

toare la modul în care subiectul apare în ochii celorlalți; pe de altă parte, ele accentuează simptomele fiziologice (tremor, transpirație, senzație de vid mental etc.); în același timp, atrag atenția asupra persoanei în cauză și îl fac pe subiectul fobic să pară rece și neprietenos față de ceilalți.

În multe cazuri situațiile psihosociale sunt evitate, ceea ce-l împiedică pe subiect să-și infirme evaluările negative. Procesările (îngrijorările) anticipatorii, precum și cele realizate după producerea evenimentului contribuie la menținerea problemei, menținând și preocupările pacientului îndreptate în direcția respectivă. Pe baza modelului cognitiv general al fobiei sociale, terapeutul împreună cu pacientul vor realiza schematizarea cazului concret, pentru care acesta din urmă se prezintă la psihoterapie. O importanță majoră în conceptualizarea cazului o au identificarea comportamentelor de asigurare, evitare, a componentelor somatice și cognitive ale anxietății, precum și natura procesărilor interioare legate de imaginea de sine.

Teodora, o traducătoare în vârstă de 42 de ani, diagnosticată cu fobie socială, se teme să mănânce și să bea în public, deoarece crede că-i vor tremura foarte tare mâinile (vezi *schema de la pagina alăturată*).

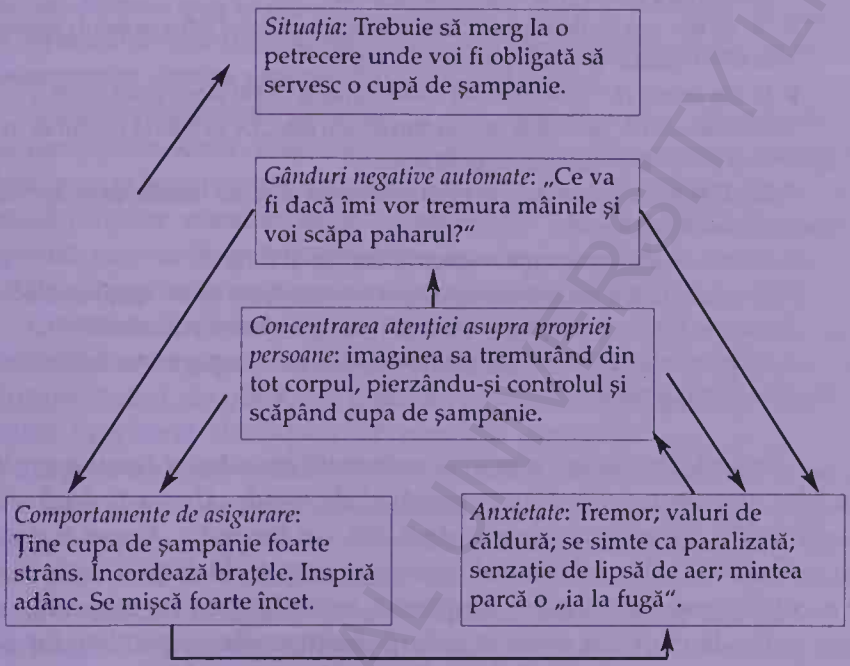
Datele necesare terapeutului pentru schematizarea problemei se obțin atât pe baza descrierii de către pacient a unor episoade recente în care s-a manifestat anxietatea socială, cât și prin intermediul unor întrebări directe realizate după o expunere reală la o situație anxiogenă sau, dacă este posibil, chiar în timpul expunerii. În cazul în care pacientul evită situațiile psihosociale se poate construi în cadrul ședinței de psihoterapie o situație asemănătoare cu cele de care acesta se teme. Pot fi implicate chiar alte persoane în prezența cărora subiectul va fi solicitat să vorbească, să bea apă sau să se adreseze unei persoane învestite cu autoritate.

În vederea alcătuirii modelului sunt necesare date referitoare la:

- gândurile negative automate;
- comportamentele de asigurare;
- simptomele anxietății;
- conținutul imaginilor și ruminațiilor interioare legate de imaginea de sine.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Diagnostic: fobie socială



Gândurile negative automate

Terapeutul va proceda astfel încât să aibă acces atât la gândurile automate care anticipează intrarea în situație, cât și la cele care se manifestă chiar în timpul expunerii la situație. De regulă, aceste gânduri au o tematică asemănătoare. Este de dorit ca terapeutul să adreseze întrebări cu conținut precis, legate chiar de momentul în care se manifestă gândurile negative respective, ca de pildă:

„Atunci când au început să-ți tremure mâinile, ce gânduri ți-au trecut prin minte?"

Prezentăm dialogul purtat cu Petru, profesor de matematică, 29 de ani, diagnosticat cu fobie socială.

T: Când te-ai simțit ultima oară jenat și speriat într-o situație psihosocială?

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

P: Joia trecută. Ieșisem la o bere cu șeful catedrei și cu câțiva colegi.

T: Îți voi pune câteva întrebări despre gândurile și stările emoționale pe care le-ai avut atunci. Crezi că ți le poți reaminti?

P: Cred că da.

T: Înainte de a ieși în grup te-ai simțit speriat?

P: Da, de fapt nici nu doream să merg, dar nu am vrut să-l refuz pe șeful catedrei.

T: În ce au constat temerile și gândurile tale?

P: M-am temut că nu voi face față conversației și că voi tăcea toată seara.

T: Cu alte cuvinte, gândurile tale au sunat cam așa: „Ce va fi dacă nu-mi va trece nimic prin minte și nu voi avea ce să discut?"

P: Da. Colegii vor crede că sunt prost și plicticos și se vor întreba de ce am fost oprit preparator la catedră.

T: Când te-ai aflat în situația respectivă, cum te-ai simțit?

P: M-am simțit speriat. Am încercat să par interesant, dar nu am spus mare lucru.

T: Atunci când te-ai simțit speriat, ce gânduri ți-au trecut prin minte?

P: M-am gândit că nu am nimic de spus și chiar dacă aș spune ceva ar fi, probabil, ceva banal și stupid.

Conținutul gândurilor negative automate nu este totdeauna explicit. Mai ales atunci când apar gânduri de tipul: „Ce va fi dacă voi transpira?"; „Ce se va întâmpla dacă mă voi înroși?"; „Ce va fi dacă mă voi bâlbâi?" etc., terapeutul trebuie să surprindă semnificația care se ascunde în spatele acestor simptome, semnificație care se referă, pe de-o parte, la cum vor aprecia ceilalți simptomele respective, iar pe de altă parte la autoevaluările realizate de subiectul în cauză în raport cu imaginea sa de sine.

Simptomele specifice anxietății

În cazul fobiei sociale, simptomele anxietății sunt rezultatul evaluărilor negative, ele fiind și menținute de către acestea, și se pot manifesta atât în plan cognitiv, cât și în plan somatic.

Simptomele cele mai deranjante pentru subiectul cu fobie socială sunt cele care sunt mai ușor observabile de către ceilalți: tremor, transpirații abundente, bâlbâială, spasme musculare, alterarea vocii, plâns sau senzația de „golire a minții".

Pentru a surprinde cât mai multe detalii, terapeutul va trebui să adreseze pacientului întrebări de tipul următor: „Atunci când te-ai simțit speriat în situația respectivă, ce simptome ai observat?", „Care au fost acele simptome care te-au supărat cel mai mult?", „Dacă ceilalți ar observa simptomele tale, ce ar însemna aceasta pentru tine?"

Evidențierea conținutului procesărilor interioare referitoare la imaginea de sine

Elementul esențial al modelului cognitiv al fobiei sociale îl reprezintă ruminațiile și imaginile legate de concepția despre sine ca obiect social. Primul pas în direcția evidențierii acestor procesări interioare îl reprezintă faptul că subiectul își îndreaptă atenția asupra propriei persoane și devine excesiv de conștient de sine.

Întrebările adresate de terapeut sunt următoarele: „Atunci când ai devenit dintr-odată conștient de propria persoană, care au fost elementele pe care le-ai conștientizat mai mult?", „Ți-ai făcut vreo idee despre modul în care arătai în situația respectivă?", „Atunci când te-ai simțit speriat, care au fost simptomele pe care le-ai conștientizat mai mult?", „Ai realizat cât de evidente erau simptomele tale pentru ceilalți?"

Conținutul procesărilor psihologice legate de imaginea de sine poate fi evidențiat și prin intermediul analizei comportamentelor de asigurare. Astfel, de pildă, un fobic social care își ascunde fața este probabil îngrijorat de faptul că semnele anxietății sale ar putea fi percepute de către ceilalți. De foarte multe ori preocupările și temerile fobicului în legătură cu modul în care apare în ochii celorlalți iau forma unei imagini pe care o construiește din perspectiva unor observatori externi. În astfel de cazuri terapeutul trebuie să-i ceară să descrie în detaliu imaginea pe care crede că o au ceilalți în legătură cu el („Poți să-mi descrii imaginea pe care crezi că ai avut-o în situația respectivă?", „Poți să descrii modul în care crezi că arătai atunci când te aflai în situația dată?").

Identificarea comportamentului de asigurare

Aceste comportamente pot avea un caracter deschis, observabil de către ceilalți, sau mascat, cum ar fi, de pildă, repetarea mentală a unor fraze înainte de a fi pronunțate cu voce tare. Prezentăm în continuare câteva tipuri de întrebări pe care va trebui să le adreseze terapeutul pentru a evidenția natura comportamentelor de asigurare.

„Atunci când ești convins că evenimentul de care te temi se va produce, întreprinzi ceva pentru a preveni catastrofa?", „Dacă nu ți-ai luat măsuri (comportamente de asigurare), cât de mult crezi că evenimentul se va produce?", „Întreprinzi ceva pentru a-ți controla simptomele, pentru a-ți ameliora performanțele sau pentru a masca problema ta?", „Întreprinzi ceva pentru a abate atenția celorlalți de la persoana ta?" etc.

Utilizarea unor teste în sfera comportamentală pentru a obține mai multe informații de la pacientul cu fobie socială

Terapeutul va simula în cabinet anumite situații psihosociale cu care trebuie să se confrunte pacientul în prezența sa.

Marina, studentă la științe politice, în vârstă de 21 de ani, se teme foarte tare să vorbească în public. Terapeutul a invitat în cabinet asistenta medicală și trei pacienți și i-a cerut Marinei să povestească, timp de zece minute, ce a văzut în timpul unei excursii realizate în Grecia. În urma dialoglui purtat între pacient și terapeut a rezultat o schematizare a problemei.

În cadrul acestui exemplu, la perceperea situației amenințătoare apare gândul negativ automat: „Ce se va întâmpla dacă voi înlemni și nu voi putea scoate o vorbă?" Acest gând este însoțit de simptome cum ar fi: supraîncordarea, tremorul, valuri de căldură și dificultăți de concentrare a atenției. Pacienta caută să reducă șansa de producere a dezastrului, adresând ea însăși cât mai multe întrebări pentru a amâna expunerea, evită să-i privesacă pe ceilalți în ochi, ține mâinile împreunate și repetă în gând ceea ce urmează să relateze în fața grupului.

Tehnicile psihoterapeutice propriu-zise

Explicarea naturii modelului cognitiv al fobiei sociale

Terapeutul va utiliza tehnica descoperirii dirijate pentru a-l determina pe pacient să înțeleagă esența modelului cognitiv al fobiei sociale. Se va insista mai ales asupra comportamentelor de asigurare și asupra efectului concentrării atenției pe simptome și performanțe în cadrul cercului vicios care contribuie la menținerea tulburării.

O serie de întrebări adresate de către terapeut au rolul de a demonstra faptul că majoritatea autoevaluărilor negative realizate de către pacient au la bază informații cu conținut interceptiv.

Prezentăm în cele ce urmează câteva întrebări de acest tip:

1) Ce dovezi ai că ceilalți se uită la tine?

– De unde știi că ceilalți cred aceasta despre tine? Ce dovezi ai?

– Ce gânduri îți trec prin minte atunci?

2) Întreprinzi ceva pentru a schimba situația? (a schimba modul în care ceilalți gândesc despre tine).

– Faci ceva pentru a-ți controla anxietatea sau simptomele?

- Ce s-ar întâmpla dacă nu ai face aceste lucruri? De unde știi că se va întâmpla ceva rău?

3) Ce se întâmplă cu performanțele tale atunci când declanșezi comportamentele de asigurare?

- Ce se întâmplă cu preocupările tale în legătură cu propria persoană atunci când pui în acțiune aceste comportamente?
- Crezi că vei fi capabil să afli ce se petrece cu adevărat atâta timp cât eviți situațiile sau întreprinzi anumite acțiuni pentru a te proteja?

4) Dacă te-ai concentra mai puțin asupra propriei persoane în situațiile sociale, crezi că acest lucru te-ar ajuta mai mult? În ce mod crezi că te-ar ajuta?

Tehnica descoperirii dirijate este preferabilă metodei didactice prin intermediul căreia terapeutul încearcă să-i explice pacientului natura fobiei sale, deoarece acesta din urmă este convins că are argumente suficiente pentru a susține că temerile sale de evaluare negativă sunt întemeiate.

Prezentăm mai jos un dialog terapeutic în cadrul căruia sunt abordate tendințele pacientului de a realiza ruminații interioare referitoare la imaginea de sine.

Pacientul este Vlad, de 24 de ani, student la conservator, care se teme foarte tare de impresia pe care o lasă atunci când se află undeva, la vreo petrecere.

P: Mă simt stânjenit atunci când mă aflu între oameni. Parcă toată lumea nu face altceva decât să se uite la mine.

T: Ai impresia că toți se uită la tine?

P: Da, este îngrozitor. Mă simt atât de stingherit, încât nu aș dori să mă aflu acolo.

T: Ce te face să crezi că toți te privesc?

P: Este normal să mă privească. Oare este normal să tremur așa?

T: De unde știi că te privesc? Ce dovezi ai?

P: Sunt sigur că mă privesc; este evident că este ceva în neregulă cu mine.

T: Ai privit în jur pentru a verifica dacă oamenii te privesc?

P: Nu. Evit să-i privesc, la rândul meu. Dacă observ că cineva mă privește, mă simt și mai rău.

T: Atunci dacă nu te uiți la ceilalți oameni, de unde știi că îți acordă atenție?

P: Mă simt cumva ciudat și oamenii mă privesc.

T: Iată că am făcut o descoperire interesantă. Afirmi faptul că pentru că te simți ciudat și excesiv de conștient de modul în care te comporți, ceilalți te privesc cu atenție. Se pare că afirmațiile tale se bazează mai mult pe trăiri decât pe fapte reale.

Acest dialog este urmat de o discuție legată de rolul concentrării atenției spre interior în accentuarea conștientizării diverselor trăiri subiective și în interpretarea eronată a faptului că aceste trăiri sunt de natură să atragă atenția celorlalți asupra subiectului în cauză. Se pare că pacientul și-a construit o imagine de sine ca fiind o persoană care tremură în mod necontrolat, imagine despre care crede că o au ceilalți despre el. Testele obiective, cum ar fi, de pildă, filmarea pe o casetă video, demonstrează că simptomele nu sunt atât de evidente cât și-ar fi imaginat pacientul.

Utilizarea experimentelor în sfera comportamentală pentru a ilustra diversele componente ale modelului cognitiv al fobiei sociale

Aceste experimente sunt utlizate de către terapeut pentru a-i demonstra pacientului rolul comportamentelor de asigurare asupra simptomelor fizice, performanțelor în sfera socială, precum și asupra centrării excesive pe propria persoană.

Terapeutul va solicita pacientului să se expună situației psihosociale de care se teme în două variante: cu declanșarea comportamentelor de asigurare și în absența acestora. De asemenea, i se poate cere să realizeze o performanță socială menținând atenția concentrată asupra propriei lui persoane și fără a se concentra excesiv asupra sa, ci mai mult asupra mediului înconjurător. Efectele concentrării atenției asupra intensității simptomelor și asupra nivelului performanțelor vor fi astfel demonstrate.

Patricia, de 21 de ani, studentă la drept, s-a adresat psihoterapeutului pentru că se temea să poarte discuții în grup. Acest lucru o stresa foarte puternic mai ales pentru că tânăra își dorea să devină avocat. Ea se temea că nu-și va găsi cuvintele potrivite și că prietenii și colegii vor crede că este o proastă. Comportamentele ei de asigurare erau următoarele: să vorbească foarte repede, să stea pe marginea scaunului, să se joace cu brățările, să repete în gând ce ar dori să spună și să evite contactele vizuale.

Terapeutul a aranjat cu câteva persoane (studenți aflați în practică) să formeze un mic grup de conversație, care să dureze aproximativ 10 minute. Atunci când a pus în acțiune comportamentele sale de asigurare, Patricia a găsit conversația foarte dificilă și stresantă. În cadrul celei de-a doua variante i s-a cerut să stea așezată comod într-un fotoliu, să observe cu atenție, să asculte ceea ce spun ceilalți și să dea

replici fără a le repeta în gând înainte de a le pronunța cu voce tare. În aceste condiții, ea a făcut mult mai bine față situației, deși încă mai era convinsă de faptul că s-a prezentat ca o persoană plictisitoare și neinteresantă. În cadrul ședințelor următoare de psihoterapie înregistrările pe casete video au fost utilizate pentru a corecta imaginea de sine eronată pe care și-o făurise pacienta.

Specialiștii în terapia cognitiv-comportamentală a fobiei sociale sunt de părere că la acești pacienți sunt importante achiziționarea unor deprinderi de comutare a atenției spre exterior, renunțarea la comportamentele de asigurare înainte de a trece la tehnicile de expunere, precum și modificarea convingerilor negative, disfuncționale.

Modificarea procesării interioare referitoare la concepția și imaginea de sine

După ce pacientul a fost familiarizat cu principiile modelului cognitiv al fobiei sociale, urmează modificarea conținutului ruminațiilor interioare legate de concepția și imaginea de sine. Conținutul acestor ruminații este utilizat de către fobicul social ca material pentru a trage concluzii despre modul în care acesta este evaluat de către alte persoane.

Principala strategie de abordare a acestei probleme constă în a-l confrunta pe fobic cu ego-ul său observabil, și acest lucru se realizează prin intermediul unor înregistrări video și audio. O dificultate poate să apară mai ales la acei fobici care neagă veridicitatea feedback-urilor auditive și vizuale, în ciuda evidenței, aceștia afirmând fie că înregistrările nu sunt suficient de sensibile, fie că simptomele înregistrate nu au fost atât de severe ca de obicei. Pentru a depăși aceste dificultăți, terapeutul poate solicita pacientului să realizeze un antrenament mental în cadrul căruia să-și conștientizeze și să-și operaționalizeze simptomele și comportamentele în termeni observabili.

Prezentăm mai jos dialogul dintre psihoterapeut și Andreea, elevă în clasa a XII-a, care se teme să vorbească în public. Terapeutul i-a cerut în prealabil pacientei să povestească ceva în prezența câtorva studenți aflați în practică.

T: Aș dori să-ți amintești de imaginea ta din timpul conversației pe care tocmai ai avut-o. Descrie-mi cum crezi că arătai?

A: Mă bâlbâiam, îmi căutam cuvintele, îmi tremurau mâinile și mă înroșisem toată. Aveam pete roșii chiar și pe gât.

T: Cât de observabile crezi că au fost aceste simptome?
A: Cât se poate de vizibile. Îmi tremurau puternic mâinile și eram toată roșie.
T: Poți să-mi arăți cât de tare îți tremurau mâinile? Andreea face demonstrația.
T: Am aici niște cartonașe colorate. Poți să-mi arăți cât de roșie crezi că ai fost?
A: Cred că am avut culoarea aceasta (indică unul din cartonașe).
T: Bine. Vom vedea acum înregistrarea video pentru a te convinge cât de observabile au fost simptomele tale.

Pacienta descoperă că simptomele sale au fost mult mai puțin vizibile decât și-a imaginat ea. Într-o etapă ulterioară a terapiei i s-a cerut să repete conversația încercând să-și exacerbeze în mod voluntar simptomele (intervenție paradoxală). Chiar și în această situație înregistrarea a demonstrat că simptomele au fost mai puțin evidente decât cele descrise inițial de pacientă.

Practica a dovedit că este eficientă și utilizarea unor formule sugestive utilizate în stare de relaxare, formule ce au menirea să destructureze convingerile negative pe care le nutrește fobicul social în legătură cu propria persoană:

„Chiar dacă îmi tremură mâinile, acest lucru este mai dificil de observat de către ceilalți"; „Eu par calm, chiar dacă nu mă simt astfel" etc.

Tehnici de restructurare a convingerilor și gândurilor negative (tehnici de reatribuire verbală)

Gândurile negative și autoevaluările cu conținut negativ trebuie provocate pentru a se infirma gradul lor de veridicitate. Strategia de combatere a gândurilor și convingerilor negative constă în strângerea dovezilor împotriva acestora. Pacientul trebuie astfel ghidat încât să se convingă de faptul că dovezile pe care le are în legătură cu adevărul evaluărilor sale negative referitoare la propria persoană provin mai curând din informații cu caracter subiectiv, decât din informații ce țin de realitatea exterioară.

Cu toate acestea, se înregistrează și situații când există și unele temeiuri obiective, sau aparent obiective, care stau la baza gândurilor negative ale fobicului. În astfel de cazuri, terapeutul împreună cu pacientul vor analiza veridicitatea acestora, le vor formula în termeni mai realiști (poate există și o altă explicație pentru faptul că ceilalți se uită cu atenție la pacient), vor analiza distorsionările cognitive care stau la baza unor interpretări eronate. În cazul în care interpretările

pacientului se vor dovedi reale, acesta își va însuși în timpul ședințelor de psihoterapie o serie de strategii pentru a face față unor situații sociale.

Prezentăm un exemplu de combatere a gândurilor negative automate și de înlocuire a acestora cu gânduri pozitive, mai realiste (Wells, 1999):

Gând negativ automat	„Ei consideră că sunt plictisitor"
Întrebări:	Ce dovezi ai că acest lucru este adevărat? Supoziția ta este bazată pe fapte reale sau citești cumva gândurile celorlalți? Dacă unele persoane consideră că ești plictisitor și altele nu, cine crezi că are dreptate? Care sunt particularitățile psihice care fac ca cineva să fie plictisitor? Crezi că deții aceste caracteristici? Dacă cineva crede că ești plictisitor, înseamnă că acest lucru este și adevărat?
Gânduri alternative raționale:	„Dacă cineva crede că sunt plictisitor, nu înseamnă neapărat că are dreptate"; „Uneori este bine să fii plictisitor, pentru că te lasă toată lumea în pace".

Metoda celor trei coloane

Pentru a facilita procesul de infirmare a convingerilor și gândurilor negative automate i se poate cere subiectului să împartă o foaie în trei coloane: în prima va nota dovezile bazate pe informații interioare, în a doua dovezile bazate pe date exterioare în sprijinul gândurilor negative, iar în coloana a treia contraargumentele împotriva acestor gânduri. În cadrul primelor ședințe de psihoterapie aceste formulare vor fi completate împreună cu terapeutul, care va explica pacientului ce înseamnă dovezi interioare („mă simt în centrul atenției") sau exterioare („unii oameni mă privesc").

Fișa respectivă va fi utilizată de către terapeut pentru a demonstra rolul procesărilor interioare ale subiectului cu privire la propria persoană în desprinderea unor concluzii legate de situațiile sociale. Pe măsură ce terapia progresează, se va acorda o atenție sporită informațiilor externe, care pot să infirme convingerile negative.

BCU "M. EMINESCU" IAȘI

Identificarea și analizarea distorsionărilor cognitive

Cele mai frecvent întâlnite distorsionări cognitive în cazul fobiei sociale sunt:

- citirea gândurilor („ei cred că sunt o persoană plictisitoare");
- ghicirea viitorului („nu voi fi capabil să iau cuvântul în public");
- catastrofizarea („voi scăpa paharul din mână și mă voi face de râs");
- personalizarea („ei nu mi se adresează, înseamnă că am spus ceva ce nu trebuie").

Pacienții suferind de fobie socială au și tendința de a proiecta asupra celorlalți propriile lor evaluări negative, considerând că dacă ei cred un anumit lucru despre persoana lor, este obligatoriu ca și ceilalți să creadă același lucru („Eu cred că sunt un prost și asta înseamnă că și ceilalți cred același lucru").

Formulele sugestive de autoîncurajare

Odată identificate și validate gândurile și convingerile raționale alternative, acestea pot fi transformate în sugestii și autosugestii care pot fi utilizate de către pacientul cu fobie socială pentru a preveni activarea concentrării atenției spre interior, precum și a ruminațiilor cu conținut negativ legate de propria persoană. Aceste formule vor contribui la reducerea anxietății și la menținerea ei în niște limite care nu afectează viața și performanțele subiectului.

Așa cum am mai subliniat, aceste formule sunt mult mai eficiente dacă se administrează în stare de relaxare sau hipnoză. Cu toate acestea, dacă se abuzează de astfel de formule sugestive și acestea încep să fie utilizate pentru a preveni producerea unor catastrofe posibile, ele se pot transforma în noi comportamente de asigurare care pot să împiedice infirmarea convingerilor negative.

Terapeutul va trebui să-l ghideze pe pacient să utilizeze aceste formule sugestive pentru a-și spori încrederea în forțele proprii și pentru a realiza cu mai multă ușurință experimentările în sfera comportamentală, și nu pentru a preîntâmpina producerea unor potențiale dezastre. Formulele sugestive reprezintă un mijloc eficient de a stopa îngrijorările anticipatorii legate de expunerea la situațiile anxiogene, precum și de a bloca focalizarea atenției asupra propriei persoane. Mai mult, unele dintre acestea pot fi utilizate în stare de veghe chiar în timpul expunerii la situație sau în relaxare pentru contracara

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

ruminațiilor cu conținut negativ legate de interpretarea celor petrecute.

Tehnica definirii precise a temerilor

Multe dintre temerile pe care le nutresc pacienții cu fobie socială au un caracter vag și imprecis, ca de pildă teama de a se comporta stupid, de a-și pierde autocontrolul, de a nu se putea exprima corect etc.

Terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să-și definească exact natura acestor frici, pentru că, de pildă, teama că nu va putea vorbi poate îmbrăca forme foarte diferite, de la teama că nu va găsi cuvintele potrivite până la teama că va rămâne paralizat de groază la ideea că nu se va exprima coerent. Temerile precis formulate, în termeni concreți, vor fi mult mai ușor de combătut prin intermediul diverselor metode de contraargumentare.

Abordarea ruminațiilor negative care au loc înainte și după expunerea la situațiile sociale anxiogene

Ruminațiile și îngrijorările care se produc înainte de expunerea subiectului la situație se referă la posibilele consecințe negative ale acestei expuneri. De asemenea, ele pot reprezenta și o componentă a comportamentelor de asigurare în cadrul cărora pacientul repetă mental anumite strategii adaptative (repetă în gând ceea ce intenționează să spună, derulează filmul unei întâlniri viitoare etc.).

Terapeutul va trebui să discute împreună cu pacientul despre avantajele și dezavantajele acestui tip de procesare psihologică. Unul dintre dezavantajele principale îl reprezintă faptul că aceste repetări mentale au un caracter imprecis, care nu surprinde derularea evenimentelor așa cum au ele loc în realitate. Atenția subiectului fiind îndreptată în această direcție, tendința către ruminații anticipatorii se va reduce. Reevaluările realizate după ce evenimentul a avut loc nu fac decât să întărească ideea subiectului cu privire la eșecul său social, din cauya anxietății și gândurilor negative legate de imaginea sa de sine. Și în acest caz terapeutul va discuta cu pacientul despre aceste probleme, insistând asupra dezavantajelor acestui gen de postevaluări.

Experimentele în sfera comportamentală

Tehnicile verbale de combatere a gândurilor și convingerilor negative au efecte limitate dacă nu sunt dublate de experimente în plan

concret, deoarece situațiile sociale oferă puține posibilități de confruntare și expunere la informații lipsite de ambiguitate, referitoare la reacțiile celorlalți față de fobicul social. Mai ales în cazul în care subiectul fobic va avea un comportament foarte controlat sau va întreprinde un număr limitat de acțiuni în situațiile sociale, acesta nu va putea să verifice consecințele faptului că își manifestă anxietatea sau că are performanțe reduse. Experimentele în plan comportamental trebuie să-i asigure posibilitatea de a verifica reacțiile celorlalți în raport cu el.

Una dintre tehnicile frecvent utilizate constă în obținerea unor informații de la alte persoane în legătură cu problema subiectului, în vederea modificării temerilor acestuia referitoare la evaluările negative din partea celorlalți. Aceste informații pot fi obținute pe baza analizei comportamentului celorlalți („Dacă cineva crede că ești un prost, cum crezi că se va comporta față de tine?"; „Ce anume vei observa?), dar și prin intervievarea lor directă.

Pacientul care suferă de fobie socială va fi solicitat să manifeste comportamentul inacceptabil în prezența altora și apoi să observe reacția acestora. Astfel, de pildă, unui subiect care se teme că-i vor tremura mâinile și va scăpa din mână paharul i se cere să-i scape în mod deliberat. De cele mai multe ori, subiectul în cauză va constata cu surprindere că ceilalți nici nu observă ceea ce se petrece.

La începutul tratamentului terapeutul va modela și va controla aceste situații de expunere, iar pe măsură ce pacientul capătă încredere, constatând că evenimentele de care se teme nu se produc, acesta va fi instruit să realizeze experimentele respective și independent, sub forma unor sarcini pentru acasă. În etapele inițiale ale terapiei este indicat ca terapeutul să-l însoțească pe pacient în diverse situații sociale, pentru a se asigura că experimentele au finalitatea dorită.

Depășirea comportamentelor de evitare

Evitarea anumitor situații sociale reprezintă o piedică serioasă în calea combaterii gândurilor și convingerilor negative disfuncționale. Din acest motiv, reducerea și, în cele din urmă, eliminarea comportamentelor de evitare reprezintă un obiectiv major al terapiei cognitiv-comportamentale, terapeutul recomandând expunerea la situațiile sociale anxiogene odată cu renunțarea la comportamentele de asigurare.

Modificarea convingerilor și supozițiilor negative cu caracter condițional

Așa cum am mai subliniat, modelul cognitiv al fobiei sociale implică supoziții și convingeri de bază referitoare la propria persoană ca obiect social, supoziții cu caracter condițional, precum și reguli rigide după care subiectul își conduce comportamentul.

Tehnicile utilizate pentru modificarea gândurilor negative automate se utilizează și pentru modificarea convingerilor și supozițiilor de tip condițional. Primul pas în realizarea acestei modificări constă în definirea și clarificarea conceptelor pe care le presupun supoziția și operaționalizarea lor, astfel încât să poată fi combătute prin metoda contraargumentării și infirmate prin intermediul unor experimente în plan comportamental.

Adriana, în vârstă de 27 de ani, programator, era foarte timidă și suferea de o puternică anxietate care o împiedica să stea de vorbă cu colegii de birou. Ea evita discuțiile din timpul pauzelor și nu ieșea niciodată în oraș împreună cu colegii. Principala ei teamă era că mintea i se va goli și nu va fi în stare să scoată o vorbă.

În urma discuțiilor purtate cu terapeutul a rezultat că Adriana își formase de-a lungul timpului o serie de convingeri și supoziții negative de tip condițional: „Eu trebuie întotdeauna să mă exprim logic și cursiv, pentru că altfel ceilalți vor crede că sunt o proastă."; „Dacă ei vor observa faptul că sunt nervoasă, vor crede că sunt nebună".

Într-o primă etapă a terapiei, i s-a cerut pacientei să-și definească termenii: ce înțelege prin logic și cursiv, prin ce se caracterizează un discurs cursiv și cum trebuie să fie acesta, ce înțelege prin faptul că va fi considerată o proastă sau o nebună. Terapeutul i-a solicitat, în continuare, să furnizeze exemple concrete de comportamente care să caracterizeze conceptele respective. Urmează apoi etapa operaționalizării conceptelor astfel încât acestea să poată fi verificate în practică. De pildă, afirmația „ei mă vor considera proastă" va fi tradusă în termeni concreți: „Ei nu vor mai vorbi cu mine"; „Ei vor râde de mine" etc.

Într-o etapă mai avansată a terapiei, pacientei i-a fost trasată sarcina de a comite în mod deliberat anumite erori în conversație pentru a testa reacția colegilor față de afirmațiile sale. Convingerile pacienților care suferă de fobie socială reprezintă o combinație de distorsionări cognitive în cadrul cărora predomină „citirea gândurilor" și „prevederea viitorului".

O altă metodă pentru testarea veridicității gândurilor și convingerilor negative constă în solicitarea partenerilor de discuție (sub îndrumarea terapeutului) să comenteze modul în care s-a comportat pacientul într-o anumită situație socială. De exemplu:

„Nu am vorbit prea mult în timpul ședinței de psihoterapie de grup. Ați remarcat ceva deosebit în comportamentul meu?"

Descoperirea unor contraargumente alternative

Găsirea unor contraargumente la gândurile și convingerile negative reprezintă un proces care nu este totdeauna lesne de realizat pentru pacientul cu fobie socială, din cauza dificultăților pe care le are acesta de a recepționa informațiile contrare opiniilor sale, din cauza concentrării excesive asupra propriei persoane și asupra autoevaluărilor negative.

Terapeutul îl va ghida însă să găsească contraargumente în cadrul unor scenarii ipotetice în care este vorba de comportamentul altor persoane. Astfel, se poate utiliza dialogul socratic pentru a testa opiniile pacientului față de modul în care acesta crede că ar reacționa oamenii în general față de o persoană nervoasă (Wells, 1999).

T: Dacă observi că o persoană pare nervoasă atunci când le vorbește celorlalți, începi să o privești fix și insistent?

P: Nu, dimpotrivă, o voi privi mai puțin.

T: Cu alte cuvinte, îi vei acorda mai puțină atenție?

P: Da, pentru că altfel nu s-ar simți în largul ei.

T: Să presupunem că cineva se comportă cu adevărat ciudat. Se plimbă pe stradă și pronunță cuvinte fără șir. I-ai acorda o atenție deosebită?

P: Poate, dacă persoana ar fi periculoasă.

T: Chiar dacă ar fi vorba despre un bolnav psihic periculos, crezi că oamenii l-ar privi în mod insistent?

P: Nu, nu cred.

T: De ce nu?

P: Pentru că oamenii nu ar dori să aibă de-a face cu persoana respectivă.

T: Atunci, dacă cineva pare nervos sau chiar se comportă ciudat, sunt oamenii înclinați să-i acorde mai multă sau mai puțină atenție?

P: Dacă puneți astfel problema, probabil mai puțină atenție.

T: Dacă dorești să nu ți se acorde atenție, cum este de dorit să pari, nervos sau plin de încredere în sine?

O altă metodă specifică terapiei cognitive pentru identificarea contraargumentelor la gândurile și convingerile negative constă și în tra-

sarea diagramei cauzelor posibile care pot să stea la baza aplicării unui anumit fenomen.

Exerciții de încălcare a regulilor excesiv de rigide de conduită

Pacienții cu fobie socială au, de regulă, norme excesiv de rigide în ceea ce privește comportamentele sociale. Aceste reguli au un caracter mai general, depășind cadrul situațiilor considerate anxiogene. Regulile respective se exprimă prin intermediul unor afirmații de tipul următor:

„Trebuie să fiu întotdeauna în formă", „Trebuie întotdeauna să mă comport cum trebuie", „Nu trebuie, cu niciun preț, să supăr pe nimeni" etc.

Subiecții de acest tip consideră că dacă nu ies din cadrele rigide ale regulilor pe care singuri și le-au stabilit, ei se vor simți în siguranță. Unul dintre obiectivele terapiei este să-l ajute pe pacient să-și lărgească cadrele de referință în care se mișcă și acest lucru se realizează prin intermediul recomandării practicării unor comportamente riscante sau considerate chiar ridicole. Aceste exerciții pe care le recomandă terapeutul vor fi diferite de la caz la caz, scopul acestora fiind de a-i demonstra pacientului că încălcarea convențiilor este în general acceptată și nu înseamnă prea mare lucru pentru ceilalți.

Exemple de astfel de exerciții pot fi: realizarea deliberată a unor erori de exprimare, exprimarea dezacordului față de alte persoane, răsturnarea intenționată a unor produse de pe rafturile unui magazin, adresarea unor remarci mai puțin amabile altor persoane etc.

Modificarea convingerilor negative necondiționate

Subiecții cu fobie socială nutresc, la fel ca și alți pacienți cu tulburări emoționale, tot felul de convingeri negative referitoare la propria persoană. „Sunt diferit de ceilalți", „Sunt plictisitor", „Ceilalți oameni sunt mai buni decât mine", „Sunt un prost" etc.

În afara metodelor cunoscute de luptă împotriva acestor convingeri, se mai pot utiliza și alte două metode (Wells, 1999): metoda jurnalului pentru notarea elementelor pozitive și formarea și exersarea unor strategii interpersonale.

Jurnalul elementelor pozitive servește pentru acumularea de dovezi care să contribuie la combaterea, înlocuirea și întărirea convingerilor negative. Pacientului i se cere să noteze într-un jurnal toate experiențele care contrazic convingerile negative și le susțin pe cele pozitive.

De pildă, Maria nutrea convingerea negativă că este o persoană care nu poate fi agreată și se baza în afirmația ei pe opinia că ceilalți păreau să o ignore. Terapeutul i-a trasat ca sarcină pentru acasă să noteze toate formele prin care ceilalți manifestau atenție față de ea: zâmbete, gesturi, contacte vizuale, complimente, invitații etc. După patru zile, pacienta s-a oprit din realizarea sarcinii, deoarece s-a convins de faptul că mulți oameni nu o ignoră.

Strategii interpersonale. În cazul fobiei sociale, convingerile eronate cu privire la sine și la ceilalți influențează stilul subiectului de a interacționa cu cei din jur și acest stil, la rândul său, perpetuează convingerile negative.

Mai mult, fobicii sociali dezvoltă strategii compensatorii (astfel, o persoană care crede că nu este inteligentă se străduiește cu orice preț să pară inteligentă), strategii care pot deveni supracompensatorii și care, până la urmă, au efecte contrare celor așteptate (Young, 1990). Aceste strategii supracompensatorii nu numai că pot altera interacțiunile sociale, dar se pot transforma și într-un fel de comportamente de asigurare și, din acest motiv, pacientul trebuie determinat să le abandoneze.

Mai ales când strategiile supracompensatorii s-au instalat de mult timp, terapeutul va trebui să-l ajute pe pacient să-și pună la punct noi strategii, mai eficiente, de interacțiune socială. Acestea sunt explicate și apoi exersate în timpul ședințelor de psihoterapie sub forma unor jocuri de rol: inițierea unei conversații, refuzul unor solicitări, acceptarea criticii, adresarea și primirea de complimente, acceptarea unor discuții în contradictoriu etc.

Factori care complică tratamentul pacienților fobici (Butler, 1989)

1. În tulburările afective, cum ar fi anxietatea, depresia, atacurile de panică (acestea din urmă sunt cel mai frecvent întâlnite la agorafobici), se recomandă o combinație de metode: respirația controlată, restructurarea cognitivă și tehnica expunerii (este utilă mai ales pentru pacienții care suferă de atacuri de panică și anxietate situațională).

Depresia accentuată, asociată cu lipsa de energie, oboseală și incapacitatea de concentrare a atenției, poate întârzia tratamentul pentru că subiectul nu are forța să-și ducă la bun sfârșit temele pentru acasă. Din acest motiv este necesar ca depresia să fie tratată separat. Decizia privind tulburarea care trebuie tratată mai întâi poate fi luată ținând seama de faptul dacă fobia reprezintă factorul primar care a generat depresia sau nu. Atât în cazul agorafobiei, cât și în cel alfobiei sociale, depresia nu face decât să întrețină fobia, pentru că accentuează tendința de retragere a subiectului. Fobicii depresivi sunt ușor de descurajat.

2. Tulburările de personalitate. Prezența unei tulburări de personalitate nu trebuie să constituie un motiv pentru a renunța la tratament. Iî astfel de cazuri progresul e mai lent pentru că ostilitatea, dependența sau imaginea de sine scăzută pot interfera cu demersul psihoterapeutic.

3. Dependența de alcool sau droguri. Dacă dependența este severă, așa cum se întâmplă la aproximativ 7% din agorafobici și 20% dintre subiecții cu fobie socială (Amies, Gelder și Shaw, 1983), trebuie început cu tratamentul dependenței, abia apoi trecându-se la terapia fobiei. În cazuri mai puțin grave se poate îmbina tehnica expunerii progresive cu cea a controlului simptomelor, astfel încât pacientul să substituie o formă de control cu alta, mai puțin nocivă. Majoritatea autorilor sunt de părere că medicația anxiolitică trebuie redusă progresiv.

4. Problemele interpersonale sunt frecvente la agorafobici, unde teama legată de stabilitatea unei relații poate contribui la menținerea fobiei. Este dificil să abandonezi pe cineva care nu se poate descurca singur, dar în același timp partenerul poate să considere dificil să manifești simpatie pentru fricile iraționale ale pacientului. Partenerul poate înțelege greșit problema sau poate să-și asume sarcinile dificile ale pacientului, împiedicând expunerea progresivă. Totuși, în majoritatea cazurilor, prezența unui prieten sau a rudelor apropiate este utilă pentru succesul terapiei. Trebuie însă ca persoanei să-i fie clar explicate principiile psihoterapiei.

Dificultățile care apar în cursul terapiei, cum ar fi, de pildă, nerespectarea îndeplinirii temelor pentru acasă, pot fi abordate prin intermediul unor tehnici cognitive. Acestea trebuiesc utilizate pentru a explora motivele eșecurilor, care pot implica atât dificultăți practice de organizare a timpului, cât și gânduri iraționale: de pildă, că fobia este transmisă ereditar sau este nemodificabilă.

Terapeutul trebuie să susțină speranța pacientului fără a-i garanta succesul în mod categoric, acesta depinzând de eforturile personale ale pacientului. Terapeutul trebuie să sublinieze succesele pacientului, aducându-l pe acesta la convingerea că dacă va exersa mai mult, se va simți mai bine.

De asemenea, trebuie discutate cu pacientul expectațiile pentru viitor, atrăgându-i-se atenția că fluctuațiile anxietății în cazul fobiilor și micile căderi sunt un fenomen obișnuit, dar și faptul că recăderile țin și de unii factori situaționali (stres, îmbolnăvire etc.) și că el va putea face față situației folosind strategiile învățate în cursul psihoterapiei. Înainte ca tratamentul să se încheie, trebuie elaborat împreună cu pacientul un program pentru viitor, pentru ca acesta să poată face față dificultăților care pot să mai apară. Acesta trebuie exprimat cu cuvintele pacientului și cuprinde strategiile folositoare în diverse situații.

Același autor ne propune un model de *plan pentru viitor* (Butler, 1989):

1. Nu te da în lături de la lucruri dificile. Fă-le repede, înainte de a avea timp să te îngrijorezi din cauza lor.

2. Amintește-ți de câte ori a trebuit să exersezi mersul la magazin înainte de a te simți bine. Acum și mersul la piață sau în oraș este în regulă.

3. Fă exerciții de relaxare măcar o dată pe săptămână.

4. Nu te lăsa copleșit de grozăvia situației; este mai constructiv să te gândești la progresele realizate și la ce ai de făcut în viitor. Notează pașii mici la orice ai de făcut.

5. Revezi jurnalele trecute care îți arată cum au progresat lucrurile și cât de mult a trebuit să lucrezi asupra ta până când lucrurile s-au îmbunătățit.

6. Mergi la magazin sau la piață și singură, nu numai însoțită, deși ți-e mai comod așa.

7. Planifică-ți să mergi la toate concertele lunii viitoare.

8. Expiră lent atunci când te simți rău.

9. Nu te gândi la ceea ce e mai rău. Cel mai rău lucru nu s-a întâmplat până acum.

Dacă lucrurile merg din nou prost:

1. Amintește-ți că toată lumea are recăderi. Nu poți trece prin viață fără să ai și perioade proaste.

2. Planifică-ți depășirea situației în etape. Notează fiecare etapă și caută să le parcurgi pas cu pas. Notează de fiecare dată cum te simți.

3. Practică exercițiile zilnic.

4. Vorbește cu familia ta despre cele întâmplate.

Unul dintre obiectivele tratamentului este ca pacientul să capete încrederea că va putea să-și rezolve problemele singur. Terapeutul va accentua acest obiectiv, plasând gradat responsabilitatea pe umerii pacientului, devenind tot mai puțin directiv și mărind intervalul dintre ședințele de psihoterapie.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

V
Psihoterapia cognitiv-comportamentală a agorafobiei și a atacurilor de panică

Atacurile de panică sunt definite ca reprezentând apariții bruște sau intensificări bruște ale anxietății, acompaniate de cel puțin 4 până la 13 simptome somatice și/sau psihice (Manualul Diagnostic și Statistic DSM IV, APA, 1994).

Simptomele somatice mai frecvent întâlnite sunt: palpitații, amețeli, transpirații abundente, senzație de sufocare, dificultăți în respirație, tremor și senzație de derealizare, iar simptomele psihice se referă mai ales la teama subiectului că va muri, că va face un atac de cord sau un atac cerebral, că se va sufoca, va leșina sau va muri. Există și situații în care se manifestă mai puțin de 4 simptome, și în acest caz avem de-a face cu atacuri cu simptome limitate (Wells, 1999).

Observațiile clinice au evidențiat atacuri care apar în anumite situații, în timp ce altele au un caracter spontan, declanșându-se parcă din senin. Pentru a putea diagnostica tulburarea de tip atac de panică în conformitate cu criteriile DSM IV (APA 1994) este necesar ca subiectul să fi suferit cel puțin două atacuri de panică recurente și neașteptate, urmate de o perioadă de aproximativ o lună în care acesta să-și fi făcut griji permanent în legătură cu posibilitatea apariției unui nou atac sau în care s-au produs modificări evidente în sfera comportamentală legate de apariția atacurilor respective.

În terapia atacurilor de panică este necesar să se aibă în vedere și excluderea unor factori organici, care se referă la consumul de cofeină sau amfetamine, stări de intoxicație sau hipertiroidie.

Subliniem, de asemenea, faptul că fenomene asemănătoare cu atacul de panică pot apărea și în cursul altor tulburări anxioase, cum ar fi fobia socială sau claustrofobia, atunci când pacientul se confruntă cu situațiile anxiogene. În unele cazuri, atacurile de panică se manifestă

BCU "Alexandru Ioan Cuza" UNIVERSITY LIBRARY

noaptea, când subiectul se trezește brusc din somn și este cuprins de o stare de anxietate intensă.

Există și o strânsă relație între agorafobie și atacurile de panică: mulți agorafobici prezintă și atacuri de panică, după cum unii subiecți cu atacuri de panică dezvoltă un comportament de tip agorafobic evitând situațiile în care cred că s-ar putea produce un atac de panică, fapt ce contribuie la o limitare serioasă a stilului lor de viață.

Agorafobia este definită, conform Manualului Diagnostic și Statistic (DSM IV), ca reprezentând anxietatea resimțită de subiect atunci când se află în locuri sau situații din care ar fi dificil sau jenant să iasă sau în care nu dispune de un ajutor din afară în cazul producerii unui atac de panică situațional sau neașteptat.

Acum 10 ani, Lena, o profesoară în vârstă de 26 de ani, a suferit primul atac de panică. Ea stătea la coadă și dintr-odată i s-au muiat picioarele, inima a început să-i bată cu putere și a avut o puternică senzație de amețeală. Din acel moment viața Lenei s-a schimbat, ea fiind mereu frământată de două întrebări: „Oare mi se va face rău?" și „Ce pot să fac pentru a evita ca situația să se mai repete?" Ea a început să evite toate situațiile din care nu putea ieși foarte repede: să călătorească cu mijloace de transport aglomerate, cu metroul, cu avionul, să meargă la spectacole și, în cele din urmă, chiar să meargă singură pe stradă. Din cauza problemelor sale ea a trebuit să renunțe la o bursă în străinătate și în cele din urmă chiar la serviciu, fapt ce a facut-o să se simtă și mai nefericită.

Diagnosticul pus de psihiatru în acest caz este cel de agorafobie cu atacuri de panică și se caracterizează prin frica invalidantă pe care o simte subiectul ori de câte ori se află în afara casei, unde se simte în siguranță. Frica se declanșează mai ales când aceasta se află în locuri de unde nu poate ieși repede sau unde nu poate primi imediat un ajutor. Această frică este atât de puternică, încât ia forma unui atac de panică.

Agorafobia este considerată de specialiști ca fiind cea mai răspândită și mai invalidantă fobie (Marks, citat de Fensterheim și Baer, 1977).

Fensterheim și Baer (1977) subliniază faptul că un pacient suferind de atacuri de panică trebuie să afle următoarele:

1. Primul atac de panică atinge intensitatea maximă. Aceasta înseamnă că subiectul nu trebuie să se aștepte că atacurile sale vor crește în intensitate și că el se va simți din ce în ce mai rău. Următoarele atacuri pot să fluctueze în jurul celui de amplitudine maximă.

2. Subiectului trebuie să i se explice clar și cu argumente că nu are o boală de inimă, o tumoră cerebrală sau epilepsie.

3. Teama cea mai teribilă a pacientului este că *va face un atac de panică*. Din acest motiv, mulți autori au tendința de a înlocui termenul de agorafobie cu cel de stare anxioasă cu caracter fobic. Agorafobicii se simt mai în siguranță atunci când se află aproape de ieșirea dintr-o clădire (magazin, cinematograf), când există un telefon la îndemână sau când apartamentul în care locuiesc sau pe care-l vizitează se află la parter.

De asemenea, ei preferă străzile mai puțin aglomerate, mijloacele de transport cu opriri frecvente (deși unii dintre ei nu pot călători deloc cu mijloace de transport în comun), se simt mai în siguranță în apropierea unor unități sanitare, secții de poliție sau locuinței unor cunoscuți, locuri în care ei sunt convinși că pot primi ajutor și sunt dependenți de anumite persoane cărora le cer să-i însoțească pretutindeni, ceea ce creează mari dificultăți familiei.

Acești pacienți pun în acțiune mecanismele de evitare, asociind producerea atacului de panică cu situația în care acesta s-a produs, fapt ce are drept consecință evitarea respectivelor locuri sau situații. Deoarece atacul de panică se poate produce în multe locuri sau situații, subiecții ajung să extindă din ce în ce mai mult comportamentul de evitare, unii dintre ei fiind în situația de a nu mai părăsi locuința.

4. Agorafobicii cu sau fără atacuri de panică se tem să ia medicamente pentru că acestea au efecte secundare (senzație de oboseală, transpirații etc.), iar subiecții sunt atât de sensibili la orice senzație corporală, încât refuză orice medicament, inclusiv aspirină. Există și situația inversă, unii agorafobici devenind dependenți de tranchilizante și/sau alcool.

5. Persoana suferă de dispoziție depresivă, care poate avea originea atât în situația de agorafobie, situație ce conduce la un stil de viață restrictiv, cât și în sentimentul de pierdere a autostimei. Subiectul trăiește tensional faptul că toți ceilalți oameni pot face o serie de lucruri pe care el nu le poate face.

6. Pacientul se simte epuizat, lipsit de energie, incapabil să se mobilizeze pentru a întreprinde ceva important. El elaborează planuri de viitor, la care renunță însă foarte repede. „Nu pot să-mi planific nimic dinainte — spunea o agorafobică. Dacă mă voi simți rău în ziua respectivă, nu mă voi duce acolo unde mi-am propus."

7. Agorafobicul se simte neînțeles de cei din jur.

O altă agorafobică relata: „Soțul meu mă ajută și are grijă de mine, dar el s-a săturat de toată situația asta".

De regulă, partenerul de viață al agorafobicului ajunge, în cele din urmă, fie să se sature sau să se enerveze din cauza solicitărilor exagerate ale pacientului, fie dezvoltă un comportament excesiv de protector față de acesta. Trebuie subliniat însă că și în acest din urmă caz în spatele comportamentului protector se poate ascunde un resentiment mascat. Există și cazuri, foarte rare, când soțul obține mari satisfacții de pe urma dependenței soției agorafobice; în momentul în care aceasta își ameliorează starea în urma psihoterapiei, el manifestă tendința de a căuta altă femeie dependentă.

8. Stilul de viață al subiectului devine foarte restrictiv, în sensul că nu poate merge la serviciu, la cumpărături, la teatru, la petreceri.

9. Mulți agorafobici manifestă tendința de a-și disimula simptomele. Aurelia, o încântătoare artistă plastică, soție de demnitar, nu a mai ieșit din casă singură de zece ani. Ea a pus la punct un întreg sistem de scuze și minciuni pentru a-i face pe prieteni s-o însoțească („Tocmai mi s-a stricat mașina, nu vii să mă iei?"), astfel încât niciunul dintre cunoscuții ei nu este la curent cu problemele și dificultățile pe care le întâmpină.

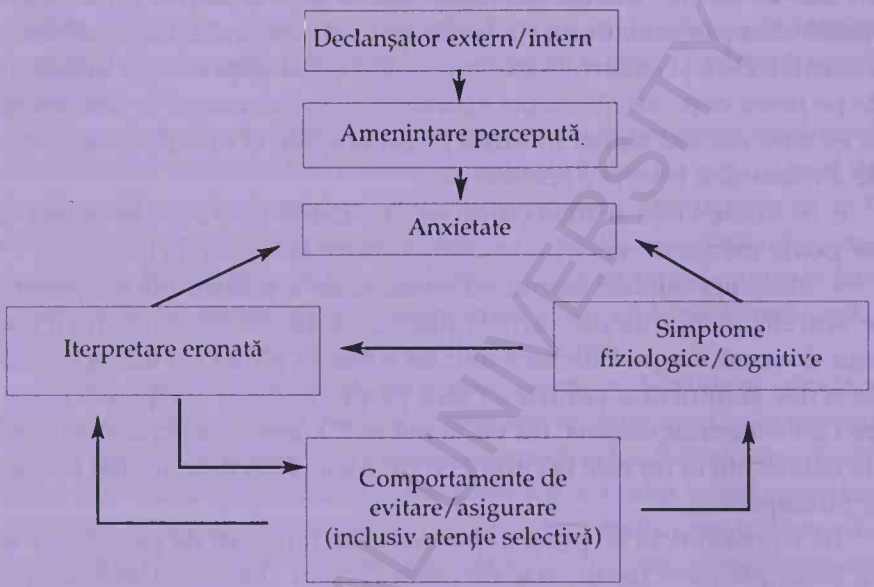
10. Agorafobicul își pune în permanență întrebări de genul: „Ce se va întâmpla dacă fac un atac de panică?" sau „De ce mi se întâmplă aceasta tocmai mie?" etc. Din acest motiv, psihoterapiile de profunzime, centrate pe cauzele care au produs tulburarea, sunt foarte căutate de acești pacienți.

Modelul cognitiv al atacului de panică

Beck și colaboratorii (1985) și Clark (1986) sunt de părere că pacienții care suferă de atacuri de panică se tem de anumite senzații corporale sau anumite stări psihice. Modelul cognitiv propus de Clark (1986; 1988) postulează faptul că la baza atacului de panică se află o secvență de evenimente care formează un cerc vicios și care presupune interpretarea catastrofizantă a unor simptome fiziologice sau psihice, considerate ca semne ale unei catastrofe iminente. De pildă,

palpitaţiile vor fi interpretate de subiect ca fiind simptomele unui atac de cord, ameţelile ca semn că subiectul va leşina, iar dificultăţile de concentrare a atenţiei ca simptome ale unui acces de nebunie.

Modelul cognitiv al atacului de panică (după Clark, 1986 şi Wells, 1999)



În cadrul acestui model, o serie de stimuli de natură internă sau externă, care sunt percepuţi de subiect ca fiind ameninţători, vor conduce la declanşarea anxietăţii cu simptomele fiziologice specifice acesteia. Dacă simptomele respective vor fi interpretate de subiect ca fiind semnele unui posibil dezastru, se va produce o accentuare a anxietăţii şi acesta va fi prins într-un cerc vicios, care va culmina cu atacul de panică. Odată declanşat, acesta va fi menţinut de cel puţin trei elemente: atenţia selectivă îndreptată asupra senzaţiilor fiziologice, comportamentele de asigurare şi comportamentele de evitare (Clark, 1988; Salkovskis, 1991; Wells, 1990).

Atenţia selectivă faţă de anumite senzaţii corporale poate scădea pragul perceperii acestui tip de senzaţii, accentuând intensitatea lor subiectivă. Din acest motiv, pacientul va fi mai înclinat să interpreteze în mod eronat aceste fenomene şi va intensifica acţiunile de asigurare, pentru a preîntâmpina producerea aşa-ziselor catastrofe. Aceste

conduite îl vor împiedica să infirme convingerile legate de producerea evenimentelor negative de care se teme și vor intensifica, la rândul lor, senzațiile fiziologice anxiogene.

Astfel, de pildă, pacienții care interpretează slăbiciunea din picioare ca pe un semn de leșin vor avea tendința să se așeze pe scaun, să se sprijine de ziduri, să se întindă pe jos sau să încordeze mușchii pentru a preveni producerea leșinului.

Efectul negativ al conduitelor de asigurare este și mai evident la subiecții care interpretează unele dificultăți respiratorii ca pe un semn că se vor sufoca. Încercând să-și controleze respirația, aceștia vor genera simptome specifice hiperventilației: amețeli, senzație de disociere și în cele din urmă o îngreunare și mai accentuată a respirației.

Putem afirma că aceste comportamente de asigurare mențin atacul de panică prin intermediul următoarelor mecanisme:

- împiedică infirmarea gândurilor legate de interpretările eronate ale unor senzații fiziologice pentru că nonapariția catastrofei de care se teme bolnavul este pusă pe seama acestor comportamente și nu pe seama faptului că anxietatea nu produce niciun fel de dezastru în plan fizic;
- anumite comportamente de asigurare chiar exacerbează anumite simptome fizice și psihice;
- evitarea situațiilor anxiogene menține tulburarea de tip atac de panică pentru că limitează posibilitățile subiectului să trăiască starea de anxietate și să descopere singur că aceasta nu produce niciun fel de catastrofă.

Evaluarea atacului de panică din cadrul terapiei cognitiv-comportamentale urmărește obținerea unor informații referitoare la natura interpretărilor catastrofizante, descrierea în detaliu a senzațiilor corporale de care se teme subiectul, precum și precizarea naturii comportamentelor de evitare-asigurare. Trasarea modelului cognitiv al atacului de panică se realizează după identificarea secvenței de evenimente care apar în cazul unui atac specific de panică de dată recentă, care va fi analizat de către terapeut împreună cu pacientul.

Prezentăm mai jos modelul atacului de panică realizat pentru Laura, ingineră în vârstă de 32 de ani. Dialogul purtat de terapeut cu pacienta poate îmbrăca forma următoare:

Terapeutul: Când a avut loc ultimul tău atac de panică?

Laura: Ieri-dimineaţă. Mi-a fost foarte rău.
T: Aș dori să-mi povestești cu lux de amănunte ce ți s-a întâmplat. Cele petrecute îți sunt clare în minte?
L: Cred că da.
T: A fost vorba de un atac de panică obișnuit?
L: Da, dar am avut în trecut stări și mai rele.
T: Hai să analizăm împreună cele întâmplate. Unde te aflai și ce făceai înainte ca atacul de panică să se producă?
L: Mă aflam la firmă și vorbeam la telefon cu un client când mi s-a făcut rău dintr-odată.
T: Care a fost primul lucru pe care l-ai remarcat ? Ai simțit vreo senzație sau ți-a venit în minte vreun gând?
L: M-am simțit puțin ameţită; parcă pluteam și parcă eram desprinsă de realitate.
T: Atunci când ai remarcat faptul că trăiești o senzație de irealitate, ce gânduri ți-au venit în minte?
L: M-am întrebat ce va fi dacă voi face un atac de panică.
T: Când ți-a trecut prin minte acel gând, ce ai simțit?
L: M-am simțit foarte speriată de faptul că voi declanșa un atac puternic de panică.
T: Te-ai simțit foarte anxioasă, nu-i așa?
L: Da, m-am gândit că ar putea fi un atac puternic de panică și mi-am dorit să ies din situație.
T: Ce senzații ai trăit atunci când te-ai simțit speriată?
L: Am început să tremur și inima a început să-mi bată tot mai tare.
T: Ai remarcat și alte senzații? Ce s-a întâmplat cu senzația de irealitate?
L: A fost mult mai rău, am început să am și dificultăți de repirație.
T: Atunci când ai simțit toate acele senzații: tremurături, puls accelerat, senzație de irealitate și senzație de sufocare, ce gânduri ți-au trecut prin minte?
L: Am gândit că începe atacul de panică și că nu mă pot controla.
T: Te-ai gândit că s-ar putea întâmpla ceva foarte rău?
L: Da, am gândit că voi muri.
T: Și cum ai crezut că vei muri?
L: Am gândit că voi face un atac de cord.
T: Ce s-a petrecut cu anxietatea ta atunci când ai gândit toate acestea?
L: A fost și mai rău, chiar am intrat în panică.
T: În plin atac de panică, evaluează pe o scală de la 0 la 100 cât de mult credeai că vei face un atac de cord.
L: Credeam în proporție de 80%.

Dialogul prezentat mai sus permite pacientului și terapeutului să identifice comportamentele ciclului prin intermediul căruia se formează și se menține atacul de panică. În acest caz, declanșatorul a fost

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

trăirea unui sentiment de irealitate, moment în care a apărut gândul negativ automat: „Ce se va întâmpla dacă voi face un atac de panică?" În acest moment se declanșează anxietatea cu senzațiile asociate (tahicardie), urmate de interpretarea catastrofizantă („O să fac un atac de cord!"), fapt ce contribuie la o creștere și mai accentuată a anxietății.

Punctul de pornire al terapiei este adresarea de provocări și înlăturarea interpretărilor eronate ale fenomenelor fiziologice trăite de subiect. Odată evidențiat cercul vicios specific atacului de panică, urmează identificarea comportamentelor de asigurare puse în acțiune de pacient. Aceste comportamente pot să fie explicite, ca în cazul agorafobiei, când persoana renunță să iasă din casă, sau implicite, ca în cazul celor care evită să practice exerciții fizice deoarece se tem că vor face un atac de cord.

În cele mai multe cazuri simpla întrebare „Ce tipuri de comportamente eviți atunci când te cuprinde teama?" este suficientă pentru a evidenția conduitele de asigurare. Terapeutul va adresa apoi și alte întrebări pentru a obține mai multe detalii cu privire la comportamentele de evitare puse în acțiune de pacient.

Prezentăm mai jos un exemplu de dialog terapeutic menit să evidențieze comportamentele de asigurare.

T: Atunci când te simți anxioasă și ești convinsă că vei face un atac de cord, întreprinzi ceva pentru a te proteja, pentru a preveni producerea atacului de cord?
P: Încerc să mă relaxez și să-mi liniștesc bătăile inimii.
T: Ce faci pentru a te relaxa și pentru a-ți calma bătăile inimii?
P: Îmi spun în gând că trebuie să mă destind și încerc să respir adânc și mai rar.
T: Se pare că ți-ai pus la punct o anumită strategie pentru a-ți controla anxietatea. Cât de mult crezi că dacă nu vei aplica strategia ta se va întâmpla ceva îngrozitor, ca de pildă declanșarea unui infarct?
P: Cred că voi face un atac de cord sau voi leșina.
T: Apreciază pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crezi că vei leșina sau vei face un atac de cord.
P: Cam în proporție de 60%.

În continuare terapeutul îl va ajuta pe pacient să includă și comportamentele de asigurare în cadrul cercului vicios al formării atacului de panică.

Cercul vicios al atacului de panică (adaptat după Wells, 1999)

Terapeutul va oferi în continuare explicații referitoare la modul în care atacurile de panică se datorează interpretărilor catastrofizante ale senzațiilor fiziologice firești, precum și modului în care comportamentele de asigurare nu fac decât să mențină tulburarea.

Același autor (Wells, 1999) ne prezintă câteva exemple de senzații fiziologice, interpretări catastrofizante și comportamente de asigurare/evitare.

Senzații	Interpretări eronate	Comportamente de asigurare
Palpitații Durere în piept	Atac de cord Moarte	Relaxare. Reducerea ritmului cardiac. Subiectul se așază. Evită efortul fizic.
Senzație de irealitate (de disociere).	Pierderea controlului Nebunie	Face eforturi să-și păstreze controlul. Verifică memoria, caută să-și controleze gândurile. Caută posibilități de a ieși din locul respectiv
Dificultăți de respirație	Sufocare	Respiră adânc. Se plasează la un geam deschis. Iese la aer. Utilizează tablete mentolate.
Amețeli	Leșin	Controlează respirația. Se așază. Se sprijină de cineva sau de ceva. Evită să iasă singur.

Terapeutul va insista asupra faptului că interpretările catastrofizante conduc la o descărcare de adrenalină care va exacerba anxietatea.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tehnici psihoterapeutice utilizate în cazul atacurilor de panică

I. Strategii de conștientizare

1. Metoda cuvintelor pereche (Clark și alții, 1988) are menirea de a evidenția efectul gândurilor asupra anxietății și senzațiilor fiziologice specifice acesteia. Ideea de la care se pornește este că simplul gând legat de o posibilă catastrofă poate declanșa reacții fiziologice și anxietate accentuată. Sarcina se prezintă pacientului fără a i se oferi explicații referitoare la ce anume se urmărește.

Acesta este solicitat să citească perechi de cuvinte cu voce tare și să se concentreze asupra semnificațiilor acestora. Perechile de cuvinte se prezintă la un interval de 5–10 secunde și sunt de tipul următor:

Amețeală – leșin
Palpitații – atac de cord
Senzație de irealitate – nebunie
Slăbiciune – leșin
Dificultăți de respirație – sufocare etc.

După ce a citit perechile de cuvinte timp de câteva minute, pacientul este întrebat dacă a simțit ceva deosebit în timpul desfășurării experimentului. În cele mai multe cazuri pacienții relatează că au perceput o anxietate difuză însoțită de anumite senzații fiziologice, mai rar înregistrându-se apariția unei anxietăți mai accentuate. I se cere apoi pacientului să interpreteze aceste fenomene în termenii modelului cognitiv specific al atacului de panică.

În cazul în care exercițiul nu dă rezultate, terapeutul va renunța la acesta, oferind explicația că a dorit să testeze reacția pacientului la lectura unor materiale anxiogene și afirmând că lipsa reacției este un semn pozitiv că terapia va da rezultatul scontat.

2. Concentrarea atenției asupra senzațiilor corporale

Obiectivul acestei metode constă în a demonstra că atenția selectivă îndreptată spre interior contribuie la o conștientizare mai accentuată a senzațiilor fiziologice, fapt ce are drept consecință exacerbarea acestora. Se poate cere, de pildă, subiectului să se concentreze

asupra bătăilor inimii. La majoritatea persoanelor anxioase se va constata o accelerare a ritmului cardiac.

3. Exerciții de accentuare a comportamentelor de asigurare

Terapeutul va manipula în timpul ședinței de psihoterapie unele comportamente de asigurare utilizate de pacient, pentru a-i demonstra modul în care acestea contribuie la menținerea și chiar la intensificarea senzațiilor fiziologice specifice anxietății. Se va atinge și problematica modului în care aceste conduite împiedică și infirmarea veridicității gândurilor catastrofizante.

Astfel, de pildă, unui pacient suferind de atacuri de panică și care utilizează respirația profundă controlată pentru a preîntâmpina o presupusă sufocare i se poate cere să respire mult mai profund și mai amplu, efectul fiind apariția amețelii, palpitațiilor, senzației de leșin, dificultăților de vedere și senzației de slăbiciune. Terapeutul va explica faptul că, deși pacientul nu va respira atât de amplu pentru a preîntâmpina producerea catastrofei de care se teme, exercițiul a fost utilizat pentru a demonstra ce anume se poate întâmpla: că și unele modificări minore la nivel fiziologic produse de oscilații ale ritmului respirator devin mai evidente în timpul unui atac de panică, atunci când anxietatea este activată.

4. Utilizarea unor metafore menite să-i determine pe pacienți să renunțe la comportamentele de asigurare

Prezentăm în cele ce urmează un exemplu de metaforă de acest tip (Wells, 1999): „Există unii oameni care se tem de vampiri și care devin foarte speriați atunci când se apropie noaptea. Pentru a se proteja, ei țin prin preajma lor căței de usturoi. Desigur că nimeni nu a văzut până acum vreun vampir, așa că probabil usturoiul lucrează. Ce credeți că ar trebui să întreprindă astfel de oameni pentru a se convinge de faptul că nu există vampiri?"

II. Strategiile de reatribuire

Strategiile de reatribuire au rolul de a construi un set cognitiv care să faciliteze realizarea experimentelor de infirmare a gândurilor și convingerilor negative generatoare de anxietate, cunoscut fiind faptul că obiectivul terapiei cognitive în cazul atacurilor de panică rezidă în reducerea interpretărilor eronate ale senzațiilor fiziologice, precum și în eliminarea comportamentelor de evitare/asigurare.

III. Experimente în sfera comportamentală

Acestea implică producerea voluntară a unor senzații fiziologice asociate cu anxietatea, în vederea infirmării convingerilor negative în legătură cu producerea unor posibile catastrofe.

Wells (1999) este de părere că utilizarea unor tehnici de reducere a simptomelor, cum ar fi, de pildă, relaxarea sau hipnoza, nu este indicată în cadrul acestui tip de psihoterapie deoarece acestea se pot transforma în comportamente de asigurare. Cu toate acestea, experiența noastră clinică (Holdevici, 1999, 2000) a demonstrat că aceste tehnici s-au dovedit utile, fiind aplicate independent de experimentele din sfera comportamentală, mai ales atunci când se utilizează în calitate de sugestii gândurile raționale alternative. Mai mult, există situații în care pacienții prezintă și probleme somatice reale, situație în care provocarea voluntară a simptomelor este contraindicată.

Exercițiile de provocare a reacțiilor de panică se referă la inducerea în cadrul cabinetului de psihoterapie a unor senzații asemănătoare celor pe care pacienții au tendința de a le interpreta în mod catastrofizant. Pentru succesul demersului terapeutic, este necesară o cunoaștere în detaliu a senzațiilor de care se teme pacientul, precum și a interpretărilor eronate pe care le conferă el acestor senzații.

Așa cum am mai subliniat, obiectivul acestor experimente constă în infirmarea credințelor absurde legate de faptul că s-ar putea produce anumite catastrofe de care subiectul se teme. Pentru succesul terapiei, convingerile pacienților cu privire la posibilitatea producerii evenimentelor negative de care se tem trebuie testate înainte și după aplicarea tehnicii.

Trebuie să recunoaștem că experimentele de provocare a unui atac de panică declanșează anxietatea nu numai la pacient, ci și la psihoterapeut, care poate avea rezerve în a-i provoca pacientului său o stare de disconfort, terapeutul temându-se că pacientul va declanșa un atac de panică ce nu va putea fi ținut sub control.

Wells (1999) consideră că și psihoterapeutul, la rândul său, trebuie să combată unele convingeri disfuncționale și lipsite de logică, de tipul: „Trebuie ca întotdeauna să-l fac pe pacientul meu să se simtă mai bine și nu mai rău", „Dacă îi voi cere pacientului meu să facă un anumit lucru care nu îi este pe plac, acesta se va supăra pe mine", „Dacă îi voi cere pacientului meu să facă un anumit lucru, acesta va abandona tratamentul", „Dacă voi face în așa fel

încât pacientul meu să intre în panică, eu nu voi putea ține situația sub control", „Ce se va întâmpla dacă pacientul meu își va pierde controlul?"

Cel mai frecvent experiment de provocare voluntară a atacului de panică este hiperventilația. Prin intermediul acesteia se poate provoca subiectului senzație de ameteală, de leșin, de disociere psihică, modificări în sfera vizuală, tahicardie și chiar dificultăți respiratorii. Sarcina este administrată tocmai pentru a infirma interpretările eronate conferite de subiect simptomelor respective. Pacientului i se cere să stea în picioare și să realizeze un număr de inspirații forțate un timp suficient de lung ca să se convingă de faptul că nu se va întâmpla nimic rău.

Experimentul de hiperventilație poate fi combinat cu tehnici de contracarare a comportamentelor de evitare/asigurare. Astfel, dacă teama cea mai puternică a pacientului este legată de ideea că va înnebuni, iar comportamentele de evitare au drept obiectiv să-și controleze mentalul, terapeutul îi poate cere să realizeze exerciții de hiperventilație în același timp cu tentativa de pierdere a autocontrolului (să deruleze în minte gânduri nebunești).

În cazul în care care teama principală este legată de pierderea autocontrolului în sfera comportamentală, i se poate cere subiectului să realizeze manevre de hiperventilație în același timp cu o serie de acțiuni necontrolate, cum ar fi gesturi ciudate sau strigăte. Metoda hiperventilației nu trebuie utilizată la pacienții cardiaci, hipertensivi, astmatici sau la femeile însărcinate.

Sarcinile comportamentale referitoare la exerciții fizice sunt indicate mai ales atunci când efortul fizic este evitat de către pacient, care se teme că ar putea suferi un atac de cord. Se recomandă pacienților în cauză să practice alergarea, mersul vioi, urcatul scărilor, săritul corzii sau alte tipuri de exerciții asemănătoare pentru a infirma convingerile negative în legătură cu posibilitatea producerii unor accidente somatice grave (atac cerebral sau infarct).

În unele cazuri, senzațiile care sunt interpretate greșit sunt cele legate de dureri în zona toracică. O modalitate de a le provoca în mod voluntar constă în a cere pacientului să inspire profund și apoi să expire forțat, fără să lase tot aerul să iasă din plămâni. Dacă se practică acest exercițiu timp de câteva minute, pot să apară senzații de constricție toracică, pacientul având posibilitatea să se convingă de faptul că acestea nu sunt periculoase.

IV. Tehnici verbale de modificare a gândurilor negative și a convingerilor disfuncționale

Psihoterapeutul trebuie să analizeze cu atenție acele situații în care pacienții suferind de atacuri de panică afirmă că fenomenele de care se tem au avut loc cu adevărat (au leșinat, au căzut etc.). În urma unor întrebări formulate atent rezultă că în astfel de cazuri nu era vorba de leșin sau de cădere, ci de comportamente de asigurare (s-au lăsat să cadă pe un fotoliu sau pe o canapea, fără să-și piardă cunoștința și să se lovească).

În vederea verificării faptului că interpretările lui sunt eronate, psihoterapeutul îl va ghida pe pacient să-și adreseze o serie de întrebări menite să conducă la reatribuirea altor semnificații senzațiilor fiziologice pe care le trăiește: „De unde știi că atacul de panică va produce o catastrofă?", „Ai trăit numeroase atacuri de panică. Cum de nu s-a produs încă acea catastrofă de care te temi așa de mult?", „Ce te determină să crezi că anxietatea va produce un dezastru?", „Care sunt mecanismele prin care anxietatea îți va produce un rău atât de mare?", „Cunoști acele fenomene care pot declanșa catastrofe în plan fiziologic?", „Crezi că anxietatea face parte dintre ele?".

Terapeutul va discuta împreună cu pacientul despre erorile de logică ce apar în cursul atacurilor de panică: tendința spre catastrofizare și inferențele arbitrare, acestea funcționând pe fondul unei abilități reduse de testare a realității. Dacă pacienții care suferă de atacuri de panică sunt capabili să adreseze provocări convingerilor negative atunci când nu se află în plin atac, capacitatea lor este semnificativ diminuată când acesta are loc.

Mulți pacienți afirmă chiar faptul că în ei parcă sălășluiesc două persoane, una rațională, care realizează absurditatea gândurilor respective, și cealaltă irațională, care se simte covârșită de intensitatea trăirilor anxioase. Conștientizarea acestei situații trebuie utilizată pentru a întări necesitatea realizării experimentelor din sfera comportamentală, pentru a se confrunta în mod deschis cu teama.

V. Utilizarea jurnalelor pentru notarea gândurilor negative generatoare de panică

Jurnalele cotidiene reprezintă principala sursă de informații referitoare la eficiența tratamentului sub aspectul reducerii frecvenței și intensității atacurilor de panică. De asemenea, pe baza acestora se pot identifica mai precis interpretările eronate ale senzațiilor trăite de

subiect. Prezentăm un model de jurnal pentru notarea fenomenelor specifice unui atac de panică.

Data	Situația	Principalele senzații fiziologice	Gânduri negative (interpretări eronate)	Răspunsuri raționale alternative	Numărul total de atacuri de panică
Luni					
Marți					

Jurnalele trebuie completate de pacienți în cadrul temelor pentru acasă. În primele săptămâni de tratament se cere pacientului să completeze doar primele patru coloane, urmând ca rubrica referitoare la gândurile raționale alternative să fie completată doar după ce pacientul a izbutit să găsească o serie de contraargumente prin intermediul unor tehnici verbale și comportamentale.

VI. Identificarea contraargumentelor împotriva gândurilor negative și convingerilor disfuncționale

Convingerile disfuncționale legate de efectele catastrofale ale senzațiilor fiziologice pot fi destructurate prin intermediul provocării cu ajutorul metodei descoperirii dirijate și apoi înlocuită cu evaluări mai realiste.

Aceste convingeri ale pacienților care suferă de atacuri de panică se referă la faptul că anxietatea poate ucide, poate conduce la nebunie, leșin, atacuri de cord. Contraargumentele se adună pe baza contabilizării experiențelor care infirmă aceste convingeri, dar și pe baza experiențelor din sfera comportamentală.

Prezentăm mai jos un dialog purtat de psihoterapeut cu Manuela, o arhitectă în vârstă de 36 de ani diagnosticată cu atacuri de panică și care se teme că va face un atac de cord:

M: Atunci când intru în panică este îngrozitor pentru că îmi simt inima bătând cu putere, gata să-mi sară din piept.

T: Ce gânduri îți trec prin minte atunci când inima ta bate atât de puternic?

M: Ei bine, vă voi spune ce gândesc. Mă simt atât de rău încât mă tem că voi face un infarct. Nu este bine pentru inima mea să bată atât de puternic.

T: Cu alte cuvinte, te temi de faptul că teama îți va îmbolnăvi inima și îți va provoca un infarct.

M: Cred că îmi poate afecta inima. Am auzit că unii oameni au murit din cauza unui atac de cord produs de stres.

T: Crezi că cu cât oamenii suferă mai multe stresuri în viață cu atât le cresc șansele să moară de infarct?
M: Cred că da.
T: Cum ar fi viața dacă stresul ar conduce totdeauna la infarct?
M: Probabil că stresul nu creează chiar totdeauna probleme, poate doar la unii oameni.
T: Este adevărat, stresul le creează probleme unor oameni care au deja ceva la inimă. Mai mult, stresul nu este același lucru cu anxietatea sau cu panica apărute brusc. În momentul în care te cuprinde panica, organismul tău secretă adrenalină care, la rândul ei, face ca inima să bată mai repede, iar organismul tău să devină mai activ. Aceste fenomene te pregătesc să faci față mai bine unei eventuale primejdii. Dacă secreția de adrenalină ar produce vreun rău inimii sau organismului în general, cum crezi că ar fi supraviețuit oamenii de-a lungul timpului, confruntându-se cu atâtea primejdii? Probabil că ei ar fi pierit de mult.
M: Da, cred că aveți dreptate.
T: Putem spune deci că panica în sine nu conduce la infarct. Pentru ca acesta să aibă loc trebuie să existe ceva patologic în plan somatic. Atunci când cineva face infarct, adesea se recurge la injectarea de adrenalină direct în inimă pentru a o face să pornească din nou. Crezi că medicii ar proceda astfel dacă adrenalina ar face și mai mult rău inimii?
M: Sigur că nu.
T: Spune-mi acum cât de mult mai crezi că anxietatea și panica îți vor îmbolnăvi inima?

Barbu, om de afaceri de 42 de ani, clinic sănătos, cu tensiunea arterială în limite normale, suferă de atacuri de panică. Principala lui teamă este că va face un atac cerebral.
T: Cunoști cauzele care produc un accident vascular cerebral?
B: Cred că se petrece atunci când creierul încetează să mai funcționeze.
T: Și cum se poate opri creierul?
B: Stresul poate conduce la oprirea creierului.
T: În cazul în care stresul îți poate afecta creierul, cum se face că atacurile de panică nu l-au afectat încă?
B: Dacă mai continuă așa, probabil că se va întâmpla acest lucru.
T: Se pare că îngrijorarea ta principală se referă la faptul că anxietatea îți poate produce un accident vascular cerebral. Acesta are loc atunci când o parte a creierului nu mai este alimentată cu oxigen transportat de sânge. În acest caz o parte a creierului moare. Afluxul de sânge este oprit atunci când arteriolele se contractă sau se blochează. Crezi că anxietatea poate produce așa ceva?
B: Nu prea cred, și totuși cum se produce accidentul vascular?
T: Acesta se produce din cauza unui cheag de sânge sau din cauza spargerii unui vas. Anxietatea nu produce însă așa ceva. Sper că ai înțeles de ce anxietatea nu-ți poate produce un atac cerebral.

Astfel de dialoguri stau la baza procesului de descoperire dirijată și au menirea de a prezenta pacientului noi informații care să-i spul-

bere convingerile eronate în legătură cu starea de sănătate. Procedeul începe cu identificarea precisă a temerii, relatările pacientului furnizând informații în legătură cu concepțiile și convingerile eronate ale acestuia. Aceste procedee de tip educațional reprezintă un pas important în cadrul procesului de restructurare cognitivă, ele combinându-se cu demersul de strângere a dovezilor împotriva veridicității convingerilor negative disfuncționale.

VII. Tehnica contraargumentării

Terapeutul îl va ghida pe pacient să adune dovezi care să infirme gândurile negative și convingerile disfuncționale cu privire la producerea unor dezastre în plan somatic. Contraargumentele se adună în timpul discuțiilor cu pacientul, în urma experimentelor realizate în plan comportamental, precum și a analizei altor experiențe trăite de persoana în cauză.

Prezentăm mai jos o fișă de notare a argumentelor și contraargumentelor întocmită de Diana, casnică, de 38 de ani, care suferă de atacuri de panică, teama ei principală fiind că va face un infarct.

Argumente	Contraargumente
Anxietatea îmi afectează inima.	Stresul reprezintă o problemă doar pentru persoanele care sunt deja bolnave de inimă.
Persoanele vârstnice spun că se poate muri de frică.	Oamenii care sunt supuși unui stres foarte puternic nu mor de frică (de exemplu, soldații pe câmpul de luptă).
Simt furnicături în degete și dureri în piept atunci când intru în panică.	Anxietatea și panica sunt asociate cu o secreție sporită de adrenalină. Adrenalina se administrează ca inima să pornească, nu să se oprească.
Anxietatea conduce la creșterea tensiunii arteriale, iar aceasta este nocivă pentru inimă.	Anxietatea reprezintă un mecanism de supraviețuire; ea nu face rău oamenilor. Inima mea a bătut atunci când m-am simțit speriată și totuși nu s-a întâmplat nimic rău. Atacul de panică produce o creștere temporară a tensiunii arteriale, ca și exercițiile fizice, care fac bine inimii. Doar atunci când tensiunea arterială este în mod constant prea ridicată, apar probleme medicale.

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

VIII. Metoda comparării simptomelor

Se utilizează în cazul acelor pacienți care au trăit experiențe cum ar fi, de pildă, cea de leșin și acestea au servit drept bază pentru interpretările eronate legate de anxietate. Metoda constă în realizarea unei liste complete a simptomelor reale și compararea acestora cu cele ale panicii. Tehnica se bazează pe faptul că experiența subiectivă a stării de leșin diferă semnificativ de cea a atacului de panică (Wells, 1999). Dialogul purtat cu pacientul se prezintă astfel:

T: Vom împărți o foaie de hârtie în două coloane. În partea stângă vom nota ceea ce ai simțit atunci când ai leșinat, iar în partea dreaptă simptomele atacului de panică. Povestește-mi cum a fost atunci când ai leșinat.

Simptomele stării de leșin	Simptomele atacului de panică
Totul se întunecă	–
Senzație de somnolență	–
Evenimentele se derulează mai încet	–
Senzație de căldură	Da
–	Lucrurile din jur par mai strălucitoare și mai neclare
–	Slăbiciune în picioare
–	Tahicardie
–	Uscăciunea gurii
–	Anxietate

P: Eram bolnav de viroză și aveam febră foarte mare. Am leșinat când m-am îndreptat spre baie.
T: Te-ai simțit speriat?
P: Nu, deloc.
T: Ce senzații ai avut înainte să leșini?
P: Totul parcă s-a întunecat și am avut impresia că o să adorm.

T: Ai mai observat vreo trăire?
P: Da. Parcă timpul se derula mai încet. M-a cuprins și un val de căldură.
T: Să analizăm acum ce simți când te cuprinde atacul de panică. Ai senzația că totul se întunecă?
P: Nu, dimpotrivă, parcă totul devine mai luminos.
T: Ai cumva o stare de somnolență?
P: Nu, îmi este chiar imposibil să mă relaxez și totul se derulează parcă mult mai rapid.
T: Ai cumva și o senzație de căldură?
P: Da, mă cuprind valuri de căldură.
T: Iată, în sfârșit, o senzație comună celor două tipuri de stări. O vom bifa pe foaia pe care lucrăm. Ce senzații mai ai în timpul atacului de panică și care te duc cu gândul că vei leșina?
P: Am o senzație de plutire și îmi simt picioarele moi.
T: Ce înțelegi prin senzație de plutire?
P: Lucrurile din jurul meu par mai strălucitoare și parcă le văd mai puțin clar.
T: Se pare că este exact invers decât atunci când leșini, nu se mai întunecă totul, nu-i așa?
P: Da, este vorba de altceva.
T: Ce mai simți atunci când te cuprinde atacul de panică?
P: Inima mea începe să bată foarte puternic și îmi simt gura uscată.
T: Ai aceleași senzații și atunci când ești gata să leșini?
P: Nu.
T: Vom revedea acum împreună simptomele stării de leșin și cele ale atacului de panică. Seamănă unele cu altele?
P: Nu, sunt chiar foarte diferite.

Metoda interviului

Pacientul suferind de atacuri de panică este solicitat să intervieveze și alte persoane (rude, prieteni) dacă au trăit simptome asemănătoare. Tipul de întrebări și persoanele cărora li se adresează trebuie însă atent pregătite în timpul ședinței de psihoterapie.

Prevenirea recăderilor

Ultimele 2–3 ședințe de psihoterapie sunt dedicate prevenirii recăderilor, deoarece pacienții mai prezintă convingeri negative disfuncționale cu caracter rezidual, convingeri care pot să creeze vulnerabilități pentru viitor. Terapeutul va lucra acum împreună cu pacientul asupra acestor gânduri negative și convingeri reziduale, utilizând aceleași metode ca și în cazul gândurilor și convingerilor disfuncționale primare.

BCU "CAROL I" UNIVERSITY LIBRARY

O metodă eficientă pentru prevenirea recăderilor constă în notarea într-un jurnal a tuturor elementelor învățate în cursul terapiei: cauzele atacului de panică, factorii care îl mențin, precum și modalitățile de rezolvare a problemei. Se reia problematica cercului vicios, a rolului negativ al comportamentelor de asigurare și evitare și se realizează o trecere în revistă a metodelor și tehnicilor de combatere a gândurilor și convingerilor negative disfuncționale.

Solicitarea pacientului să noteze pe o scală de la 0 la 100 cât de tulburat se va simți la apariția unui nou atac de panică reprezintă un indicator important pentru nivelul la care s-a ajuns în urma aplicării demersului psihoterapeutic. Faptul că pacientul se mai teme că va declanșa atacuri de panică în viitor trebuie utilizat ca pretext pentru exersarea și consolidarea deprinderilor achiziționate în timpul terapiei.

Psihoterapia cognitivă a atacurilor de panică durează, în medie, 12 ședințe. Se recomandă încă două–trei ședințe la interval de două, trei luni, pentru a verifica măsura în care achizițiile terapeutice se mențin.

Abordări comportamentale ale agorafobiei și atacurilor de panică

În cazurile mai puțin severe se pot obține rezultate și prin tehnici comportamentale mai simple, care nu necesită un terapeut calificat în abordări cognitive. În prima etapă i se cere pacientului să întocmească o listă cu obiectivele tratamentului, notând acele lucruri pe care dorește să le facă, dar le evită.

Elementele trecute pe listă trebuie să aibă un caracter concret; de pildă, „să merg singură la cumpărături" este o afirmație prea vagă, în timp ce „să merg la alimentara din colț" reprezintă un obiectiv precis. Sarcinile inițiale de la care pornește trebuie să fie foarte simple, chiar banale (de exemplu, „să se deplaseze pe jos o stație de troleibuz și să stea pe o bancă timp de o oră").

Pentru fiecare agorafobie în parte trebuie alcătuit un plan personal de tratament. Iată un model de obiective psihoterapeutice stabilite la începutul terapiei:

– să stea în fața blocului 15 minute, 30 de minute, o oră, două ore;
– să meargă până la colțul străzii și să rămână acolo o jumătate de oră, o oră, două ore. Să nu părăsească locul respectiv până când nu s-a scurs timpul stabilit. Pacientul poate să stea pe o bancă să citească, să se uite la vitrine;
– să alcătuiască un plan al cartierului și să marcheze locurile unde se teme să se ducă; apoi i se cere să se deplaseze în diverse zone (la poștă, la alimentara, la biserică etc.) și să marcheze cu roșu acele zone unde a avut curajul să se deplaseze. Se urmărește acoperirea întregii hărți a cartierului cu puncte roșii;
– să stea singur în casă o oră, două ore, trei ore (se pornește de la ideea că mulți agorafobici nu vor să rămână singuri de teamă că vor avea un atac de panică și nu va avea cine să-i ajute).

Prezentare de caz (Fensterheim și Baer, 1977)

O tânără femeie căsătorită, a cărei mamă locuia în blocul de vizavi, stătea singură în casă doar dacă putea să-și contacteze telefonic fie mama, fie soțul. Când soțul pleca de la serviciu, el trebuia să-i telefoneze, spunându-i unde se duce, cât de mult va rămâne în acel loc și să-i lase numărul la care poate fi contactat. Același lucru trebuia să-l facă și mama ei atunci când mergea la cumpărături, la coafor sau la o prietenă. Soțul și mama trebuiau să-și coordoneze astfel programul încât unul dintre ei să poată fi găsit la telefon, în timp ce celălalt se afla pe drum.
Sarcina trasată pacientei a fost următoarea: pacienta trebuie să stea singură vinerea viitoare, când soțul avea o întâlnire de afaceri între orele 11 și 13 și nu putea fi contactat la telefon. La fel și mama, care avea programul său. În acea perioadă și psihoterapeutul trebuia să fie plecat din cabinet. Atât soțul, cât și mama trebuiau s-o sune pe pacientă în jurul orei 13, iar aceasta trebuia să-l contacteze pe terapeut la 13 și 15 minute.
Pacienta a relatat că în timpul perioadei „fără telefoane" ea a simțit de mai multe ori acele stări și senzații care o făceau să dea fuga la telefon: teamă, palpitații, senzație de sufocare etc. Neavând cui să telefoneze, ea a constatat cu surpriză că atacul de panică nu s-a produs, iar senzațiile neplăcute au dispărut de la sine.

Obiectivele intermediare ale psihoterapiei sunt următoarele:

- Traversarea unei străzi largi cu circulație în ambele sensuri (mulți agorafobici își spun în gând: „Ce se va întâmpla dacă voi leșina în mijlocul străzii?"). Se cere subiectului să traverseze strada înainte și înapoi de 6, 10, 20 de ori, la schimbarea culorii semaforului.

- Pacientul trebuie să rămână la etajul I al unui magazin universal o jumătate de oră, o oră, două ore.
- I se cere subiectului să rămână pe peronul stației de metrou, fără să se urce în el. Este indicat să se aleagă o perioadă când stația nu este nici foarte aglomerată, nici pustie (o stație pustie poate să declanșeze alte tipuri de frici și acestea pot să fie realiste!).
- Să meargă cu liftul în jos și în sus timp de o jumătate de oră.

Obiectivele pentru un stadiu avansat al psihoterapiei sunt:

- Plimbare pe strada comercială principală la ora prânzului.
- Să meargă la etajul cel mai de sus al unui supermagazin.
- Să facă o excursie cu autobuzul sau cu trenul pe o distanță de două ore dus, două ore întors.
- Să conducă mașina atunci când traficul este foarte intens.

Pacientul trebuie să realizeze o listă cu itemii în ordinea gradului de dificultate și să utilizeze situațiile cele mai facile ca puncte de pornire. Așa cum am mai subliniat, subiectul trebuie să rămână în situație întreaga perioadă stabilită, notând ceea ce face și nu ceea ce simte el.

Prezentare de caz

Acest program a fost aplicat pacientei Cristina, de 27 de ani, căsătorită, cu studii superioare (filologie), care lucra ca traducătoare acasă, deoarece nu putea merge singură pe stradă. Cristina s-a prezentat la cabinet pentru prima oară însoțită de sora ei, care a venit s-o ia de acasă. Cele două au călătorit cu autobuzul. La următoarea întâlnire sora nu a mai venit s-o ia de acasă, Cristina așteptând-o în stația de troleibuz, care era foarte aproape. Cu altă ocazie cele două s-au întâlnit în stația de troleibuz, Cristina călătorind în spate și având posibilitatea s-o vadă pe sora ei, care era în față. Apoi surorile au schimbat locurile, Cristina călătorind în față și sora ei în spate, astfel încât pacienta nu o putea vedea cu ușurință pe aceasta din urmă. Sora Cristinei a coborât din autobuz cu o stație înainte de a ajunge la destinație, iar Cristina a mers singură cu troleibuzul într-o perioadă când nu era aglomerat și sora ei a așteptat-o la sosire.

De atunci Cristina a făcut mai multe călătorii în cursul cărora a avut relativ puține atacuri de panică, pe care le-a putut stăpâni fără să coboare din troleibuz. Începând cu această perioadă, ea a început să vină singură la cabinetul de psihoterapie. Într-o etapă ulterioară a terapiei, Cristina a început să facă excursii lungi, inițial însoțită de sora ei, apoi singură. În timpul acestora ea a mai suferit unele atacuri de panică, dar au existat și perioade în care a uitat complet de faptul că suferă de agorafobie. În urma executării sarcinilor terapeutice propuse, ea și-a

dat seama că poate controla atacurile de panică, asistând pasivă la derularea acestora, fără să mai simtă nevoia imperioasă de a coborî din tren sau autobuz.

Un alt principiu al terapiei comportamentale constă în practicarea zilnică a exercițiilor terapeutice, pentru că altfel se constată un regres în derularea terapiei.

Agorafobicul trebuie să mai aibă în vedere și următoarele:

1. Să nu devină dependent de tranchilizante sau alcool pentru că în acest caz atacurile de panică nu vor dispărea. Tranchilizantele nu trebuie utilizate decât cu avizul medicului psihiatru și ele trebuie reduse sau chiar întrerupte începând cu a treia expunere la situația anxiogenă. Medicația tranchilizantă și antidepresivă poate opri producerea atacurilor de panică, dar dacă subiectul nu realizează desensibilizarea sistematică, acestea revin odată cu oprirea tratamentului medicamentos

2. În cazul în care atacul de panică se declanșează în timpul practicării exercițiilor de desensibilizare, subiectul trebuie să traverseze cu calm situația fără a încerca să oprească reacția de panică, ci dimpotrivă să conștientizeze faptul că nu va cădea, nu va muri și nu va înnebuni. Odată ce învață acest lucru, atacurile de panică vor dispărea.

10 sfaturi pe care trebuie să le țină minte subiectul în timpul unui atac de panică (Fensterheim și Jean Baer, 1977)

1. Nu contează dacă subiectul se simte îngrozit, nesigur sau are o senzație de irealitate. Aceste stări nu reprezintă altceva decât exagerarea unor reacții normale la stres.

2. Deși trăiește aceste stări, nu înseamnă că subiectul este foarte bolnav. Trăirile respective sunt foarte neplăcute, îl sperie pe individ, dar nu sunt periculoase, astfel încât nu i se poate întâmpla nimic mai rău de atât.

3. Pacientul trebuie să lase trăirile respective să se deruleze, încercările de a le reprima nu fac decât să le intensifice și să le facă și mai acute. În momentul în care se declanșează un atac de panică, subiectul trebuie să inspire adânc și apoi să expire prelungit, spunându-și că stările proaste îl părăsesc. Nu trebuie luptat împotriva atacului de panică, acesta trebuind să fie acceptat ca atare.

4. Subiectul trebuie să facă tot posibilul pentru a se simți cât mai bine, fără a ieși din situația psihotraumatizantă. Astfel, dacă el se află pe stradă, se poate sprijini de un zid, dacă se află într-un magazin aglomerat, se poate refugia într-un colț mai liniștit.

5. Nu este indicat ca subiectul să adauge la panica sa gânduri negative cu privire la ceea ce se petrece („De ce nu sunt și eu la fel ca alți oameni normali?", „De ce trebuie să trec prin toate acestea?"etc.). Dacă subiectul acceptă situația ca atare, lucrul de care se teme el cel mai mult nu se întâmplă.

6. Pacientul nu trebuie să-și spună în gând faptul că se întâmplă ceva îngrozitor și că trebuie să iasă imediat din situație, ci să-și repete în gând: „Nu voi cădea, nu voi leșina, nu voi muri, nu-mi voi pierde controlul".

7. Trebuie să acordăm fricii noastre timpul necesar pentru a dispărea fără s-o luăm neapărat la fugă.

8. Pacientul trebuie să privească situațiile anxiogene, precum și trăirile sale ca pe niște ocazii pentru a exersa autocontrolul.

9. O metodă utilă constă în distragerea atenției de la ceea ce se petrece în corpul sau în psihicul subiectului. Este mult mai indicat ca acesta să privească în jur, să fie atent la clădire, la ceilalți oameni, la mașini etc.

10. Când atacul de panică se produce, pacientul trebuie să-și relaxeze corpul, să inspire și să expire profund, lăsând lucrurile să-și urmeze cursul.

Pe parcursul terapiei subiectul trebuie să se aștepte la faptul că pot apărea efecte secundare sau momente de cădere. Astfel, chiar după unele experiențe încununate de succes, pot să apară momente de depresie sau de slăbiciune, iar atacurile de panică mai pot reveni, chiar după ce subiectul este conștient de faptul că stăpânește situația.

Aceste momente de recădere se produc mai ales când subiectul este obosit, stresat din alte motive decât cele legate de anxietate și fobiile sale sau nu se simte bine sub aspect fizic. La femei, perioadele de recădere apar frecvent în timpul ciclului menstrual.

Sfaturi pentru familiile pacienților agorafobici

- Membrii familiei unui subiect agorafobic consideră de cele mai multe ori că acesta este foarte egoist. Ei manifestă resentimente față de solicitările absurde ale agorafobicului și se simt adesea manipulați. Ceea ce trebuie să afle membrii unei astfel de

familii este că suferința subiectului este reală. Chiar dacă subiectul dezorganizează serios viața de familie, el nu face acest lucru în mod intenționat, solicitările sale reprezentând încercări de a se elibera de stările neplăcute.

- Partenerul unei paciente agorafobice trebuie să o ajute, să se facă util, să-și facă timp să iasă cu ea la plimbare sau la cumpărături. El trebuie să-i propună activități suplimentare (să meargă la teatru, la expoziții etc.), fără însă a exercita presiuni asupra persoanei cu probleme. Partenerul de viață trebuie, de asemenea, să încurajeze micile progrese ale pacientului și să-i transmită în permanență un sentiment de încredere și de siguranță. Astfel, dacă acesta și-a dat întâlnire cu subiectul la o anumită oră, este indicat să nu întârzie (pentru că acest lucru poate declanșa o reacție de panică), ba chiar să vină cu puțin timp înainte de ora întâlnirii. Afirmațiile de tipul „Poți să lupți cu stările tale" sau „Încetează odată cu prostiile astea" nu ajută la absolut nimic, pentru că, dacă subiectul ar putea să lupte cu stările sale, este clar că ar face-o.
- Este mult mai indicată o atitudine mai constructivă. Micile plăceri pe care un membru al familiei le poate face agorafobicului vor contribui la diminuarea stărilor sale depresive și astfel acesta va dispune de mai multă energie psihică pentru a realiza exercițiile de desensibilizare.
- Psihoterapeuții comportamentaliști consideră că se obțin rezultate bune dacă se menține un echilibru între încurajări și îndemnurile adresate subiectului să realizeze anumite lucruri. Astfel, de pildă, dacă partenerul își întreabă soția: „Poți să mergi astăzi singură până la colț?" și ea răspunde negativ, acesta poate insista la modul următor: „Dar ce ai putea face astăzi și nu ai mai făcut până acum?"
- Este important ca membrii familiei unui agorafobic să înțeleagă semnificațiile acelor lucruri mărunte care, dacă sunt realizate, reprezintă pași importanți în direcția vindecării. Acestora trebuie să li se transmită sentimentul că sunt înțeleși, că sunt înconjurați de înțelegere și compasiune, precum și ideea că partenerul sau ceilalți membri ai familiei sunt convinși că dacă ei vor face eforturi, situația se va ameliora.
- De multe ori traversarea unor situații psihotraumatizante severe îi poate ajuta pe agorafobici să-și stăpânească tulburarea, pen-

tru că în condiții de catastrofă sau criză, ființa umană pune în acțiune toate disponibilitățile sale latente. De pildă, în lagărele de concentrare naziste, simptomele fobice au dispărut complet (Fensternheim și Jean Baer, 1977).

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

VI
Psihoterapia cognitiv-comportamentală a tulburării anxioase generalizate

Manualul Diagnostic și Statistic DSM IV (APA, 1994) postulează că incidența acestei tulburări în cadrul populației este de aproximativ 3%, iar 12% dintre pacienții care se prezintă la clinică pentru tulburări anxioase suferă de această afecțiune.

Studiile clinice au demonstrat superioritatea abordării cognitiv-comportamentale față de alte tipuri de intervenție psihoterapeutică în tratamentul tulburării anxioase generalizate (Durham și Turvey, 1987; Borcovec și alții, 1987; Power, Jarrom, Simpson, Mitchell și Swanson, 1989; Butler, Fennell, Robson și Gelder, 1991). Aceleași studii au evidențiat faptul că se obțin rezultate pozitive la aproximativ jumătate din pacienți.

Particularitatea principală a acestei tulburări constă în teama și îngrijorarea excesivă a pacientului, care se manifestă aproape continuu și durează mai mult de șase luni. Subiectul afirmă că nu-și poate controla anxietatea și prezintă cel puțin trei din următoarele simptome: neliniște, senzația că se află la capătul puterilor, fatigabilitate, dificultăți de concentrare a atenției, senzație de vid mental, iritabilitate, încordare musculară și tulburări de somn (dificultăți de adormire, treziri frecvente în timpul nopții sau somn superficial, neodihnitor, cu senzație de oboseală la sculare). Conținutul temerilor și îngrijorărilor nu este orientat precis, ca în cazul fobiei sociale sau al tulburării hipocondriace.

Anxietatea permanentă îi provoacă subiectului un disconfort puternic, îi afectează viața și activitatea și nu este cauzată de abuzul de substanțe psihoactive sau de unele probleme medicale somatice, cum ar fi hipertiroidia, sau psihice (anxietatea din cadrul unor psihoze, cum ar fi boala afectivă bipolară — episodul depresiv).

BCU "CAROL I" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Subiecții suferind de tulburare anxioasă generalizată se simt permanent tensionați, încordați, incapabili să se relaxeze și relatează că se află la capătul puterilor (conținutul îngrijorărilor poate fi mai mult sau mai puțin precizat). Trebuie subliniat că tendința spre îngrijorare este un fenomen normal, specific oamenilor în general, dar și un fenomen patologic, care apare în calitate de simptom în cadrul altor tulburări, mai ales anxioase.

Raple, Jackel și Barlow (1989) subliniază că îngrijorările și temerile subiecților cu tulburare anxioasă generalizată diferă puțin, sub aspectul conținutului, de cele ale oamenilor normali, deosebirea constând în aceea că ele sunt mai puțin controlabile, iar pacienții reușesc într-o măsură mai mică să le reducă prin intermediul unor strategii adaptative adecvate.

Pacienții suferind de tulburare anxioasă generalizată relatează că au perioade relativ îndelungate caracterizate prin prezența unor temeri cu caracter cronic și care îmbracă o tematică variată, începând de la sentimente difuze de îngrijorare până la episoade caracterizate prin ruminații anxioase, care durează de la aproximativ zece minute până la câteva ore. Așa cum am mai subliniat, pacienții consideră aceste îngrijorări supărătoare și necontrolabile, deși ei afirmă că acestea pot fi, de regulă, întrerupte de evenimente externe. Îngrijorările pot fi declanșate spontan de către un gând intruziv, dar pot fi inițiate de subiect și în mod deliberat.

Wells (1994) este de părere că trebuie să realizăm distincția între inițierea (apariția) îngrijorărilor și menținerea acestora. Astfel, în timp ce apariția lor are de cele mai multe ori un caracter spontan, continuarea acestui proces poate fi supusă controlului voluntar. Același autor este de părere că deosebirea esențială dintre normali și subiecții suferind de tulburare anxioasă generalizată constă în faptul că pacienții apreciază activitatea respectivă ca fiind incontrolabilă.

Modelul cognitiv al tulburării anxioase generalizate

Wells (1994, 1995) realizează distincția între îngrijorări de tipul I și îngrijorări de tipul II. Îngrijorările de tipul I se referă la evenimente

cotidiene, cum ar fi situația materială, sănătatea sau bunăstarea familiei, situația profesională etc., în timp ce îngrijorările de tipul II se referă chiar la gândurile legate de îngrijorări (de pildă, teama că îngrijorările îl vor conduce pe subiect la nebunie). Îngrijorările de tipul II reprezintă un fel de îngrijorări cauzate tocmai de faptul că subiectul manifestă îngrijorare. Modelul cognitiv al tulburării anxioase generalizate presupune că elementul patologic esențial specific acestei tulburări se referă la incidența crescută a îngrijorărilor de tipul II.

Evaluările negative realizate în raport cu fricile și îngrijorările de tipul I reflectă convingerile negative pe care le nutrește pacientul față de tendința sa de a se îngrijora: „Îngrijorările mele sunt incontrolabile", „Îmi face rău faptul că îmi fac griji", „Aș putea să înnebunesc de atâtea griji", „S-ar putea să încep să mă îngrijorez și să nu mă mai opresc", „Grijile ar putea pune stăpânire pe mine". În afara convingerilor negative legate de procesul de îngrijorare, pacienții suferind de tulburare anxioasă generalizată nutresc și convingeri pozitive referitoare la beneficiile ruminațiilor interioare cu conținut anxiogen, considerându-le un fel de strategii de a face față existenței.

Odată ce temerile și îngrijorările s-au declanșat, pacientul cu tulburare anxioasă generalizată va avea tendința să realizeze anumite raționalizări, considerând că fricile sale îl ajută să preîntâmpine producerea unei catastrofe posibile. Acesta crede că este important să fii îngrijorat, pentru a menține un anumit nivel al securității subiective și al vigilenței. Din nefericire însă preocupările negative cu conținut anxiogen nu fac decât să reducă vigilența subiectului care ar putea fi confruntat cu o primejdie reală.

Prezentăm mai jos câteva exemple de convingeri pozitive legate de necesitatea prezenței fricilor și îngrijorărilor:

- „Îngrijorările mă ajută să fac față situațiilor periculoase." („Dacă mă gândesc la ceea ce s-ar putea întâmpla mai rău, probabil voi face față mai bine în caz că s-ar putea întâmpla.")
- „Dacă îmi fac griji, pot preveni producerea unor lucruri rele"
- „Îngrijorările mă ajută să rezolv problemele."
- „Nu aș fi în stare să fac nimic dacă nu mi-aș face griji."
- „Dacă îmi fac griji, voi fi totdeauna pregătit."

Din păcate, utilizarea îngrijorărilor ca strategii de a face față diverselor situații produce, la rândul său, alte probleme. Astfel, tendința spre îngrijorare va spori sensibilitatea față de informațiile amenințătoare, subiectul elaborând o serie de scenarii anxiogene care nu

vor face altceva decât să sporească intensitatea și frecvența îngrijorărilor.

Wells (1999) este de părere că majoritatea pacienților cu tulburare anxioasă generalizată au o istorie lungă, în cursul căreia s-a format și s-a structurat tulburarea. Mulți pacienți au utilizat „strategia" bazată pe îngrijorare pentru a face față unor probleme de viață reale sau imaginare. Această strategie a fost construită pe baza influențelor educative, parentale, care i-au structurat subiectului convingerea că îngrijorările îl vor ajuta să facă față stresurilor diverse cu care ar putea fi confruntat. La un moment dat, în cursul existenței pacientului, aceste îngrijorări au început să primească și conotații negative.

Astfel, de pildă, părintele care îl influențează în direcția respectivă a început să aibă probleme psihice sau, pur și simplu, pacientul s-a convins că acest tip de comportament influențează negativ performanțele. În aceste condiții au apărut îngrijorările de tipul II, respectiv îngrijorările față de îngrijorări, și o serie de factori cum ar fi răspunsurile în plan comportamental, încercările de controlare a gândurilor, precum și reacțiile emoționale care s-au constituit în factori adiționali ce contribuie la escaladarea și menținerea tulburării.

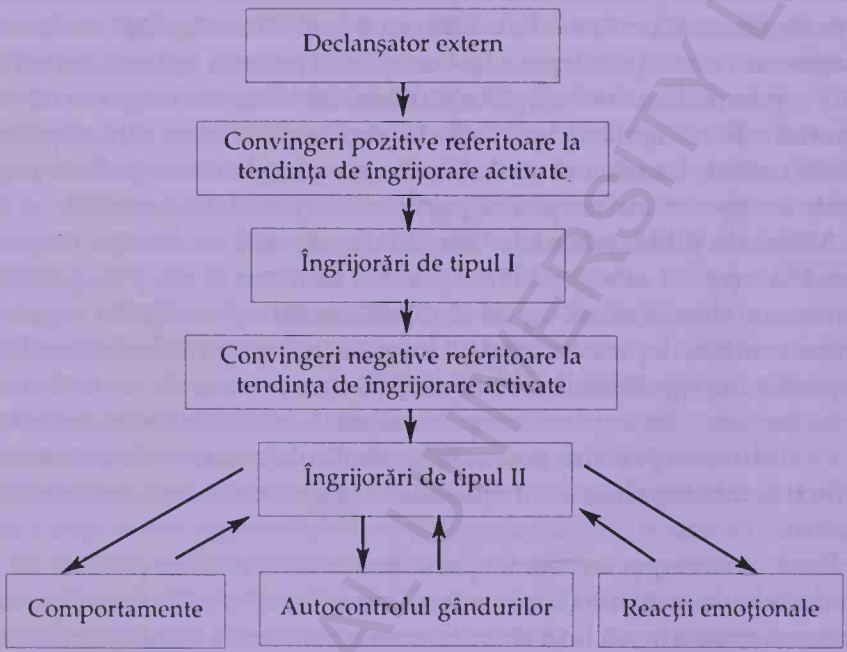
Reacțiile comportamentale puse în acțiune de către pacient sunt conduitele de evitare și căutare a asigurărilor. Pacienții cu tulburare anxioasă generalizată tind să evite o serie de situații și informații care au legătură cu îngrijorările de tipul I și cu cele de tipul II. Astfel, acești pacienți vor evita situațiile sociale, confruntarea cu informații cu caracter dezagreabil sau situațiile care ar putea presupune prezența unor pericole externe, aceste comportamente ținând de îngrijorările de tipul I. De asemenea, ei vor avea tendința să evite inclusiv apariția îngrijorărilor (caută să evite să fie îngrijorați), element ce se referă la îngrijorările de tipul II.

Pentru ca aceste elemente să fie mai evidente, prezentăm un caz clinic. Gabriel, un arhitect de 35 de ani, s-a prezentat la psihoterapeut pentru atacuri de panică și anxietate generalizată care durau de aproximativ șase ani.

Problema atacurilor de panică a fost relativ ușor soluționată prin intermediul tehnicilor de psihoterapie cognitiv-comportamentală, în timp ce îngrijorările sale permanente s-au dovedit mai rezistente la tratament. Pacientul afirma că este îngrijorat de tot felul de probleme: că nu ar putea obține o poziție profesională superioară, că s-ar

putea intoxica cu alimente alterate sau că prietena sa ar putea suferi un accident de circulaţie.

Modelul cognitiv al tulburării anxioase generalizate (Wells, 1995)



Unul dintre obiectivele psihoterapiei a fost să-l determine pe pacient să se îngrijoreze mai puţin. Acesta a acceptat faptul că îngrijoraările sale au un caracter absurd, dar a precizat că sunt incontrolabile. Pentru a le avea sub control, acesta a încercat să-şi restrângă activitatea profesională, să examineze produsele pe care le cumpăra pentru ca nu cumva să fie expirate şi să se întoarcă acasă după ce prietena lui a sosit, pentru a nu-şi mai face tot felul de griji.

În acest caz, îngrijorările de tipul I au fost următoarele:

– eşec profesional;

– intoxicaţie cu alimente expirate;

– partenera de viaţă ar putea suferi un accident.

Îngrijorările de tipul II aveau ca obiect imposibilitatea de a-şi controla îngrijorările. Faptul că pacientul îşi aranja astfel treburile încât să sosească după ce prietena lui a ajuns acasă era un semn clar că acesta dorea să evite îngrijorarea.

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

Alte exemple de evitare a tendinței de a-și face griji pot fi: evitarea unor stări anxiogene, a unor emisiuni mass-media sau a unor informații care presupun un anumit nivel de ambiguitate. Pacienții suferind de tulburare anxioasă generalizată se caracterizează și prin punerea în acțiune a unor comportamente de căutare a unor asigurări menite să întrerupă cercul vicios al îngrijorărilor cu caracter cronic. Din păcate, această strategie este contraproductivă, deoarece conduce la sporirea ambiguităților legate de îngrijorările de tipul I, deoarece informațiile primite de pacient pot avea un caracter contradictoriu.

Mai mult, asigurările primite la anumite intervale de timp (cum ar fi, de pildă, discuțiile purtate cu un prieten) pot stopa îngrijorările pentru o anumită perioadă de timp, dar pot și accentua tendința spre îngrijorare dacă asigurările nu vin la momentul așteptat. Mai precis, căutarea asigurărilor nu face decât să sporească incertitudinea în care se află subiectul și să-i sporească tendința de a-și face tot felul de griji.

Pacienții care suferă de tulburare anxioasă generalizată manifestă un mod particular de a-și controla gândurile negative; gândurile legate de îngrijorări — consideră ei — au atât un rol pozitiv, cât și un rol negativ. Acești subiecți au tendința de a exploata așa-zisele avantaje ale gândurilor negative și de a evita consecințele lor periculoase. Astfel, pacienții pun în acțiune ruminații controlate cu conținut negativ menite să genereze și să exerseze strategii de răspuns și, în același timp, ei pot declanșa alte strategii pentru a contracara gândurile negative cu conținut anxiogen.

În timp ce punerea în acțiune a temerilor de tip I poate fi ținută sub control de subiect pentru a-și atinge unele obiective personale, încercările de a bloca tendințele de îngrijorare (avem în vedere nivelul îngrijorărilor de tipul II) nu fac decât să sporească intensitatea și frecvența gândurilor nedorite, fapt ce va conduce, la rândul său, la întărirea convingerilor negative referitoare la incapacitatea subiectului de a-și controla gândurile. Mai mult, există situații în care chiar fricile și îngrijorările pot îndeplini funcția de comportamente de evitare. Astfel, unii subiecți au tendința de a utiliza ruminațiile interioare cu conținut anxiogen pentru a bloca apariția unor gânduri cu conținut și mai amenințător (Borkovec și Inz, 1990). În aceste cazuri, chiar îngrijorările devin strategii cognitiv-emoționale de evitare.

Există și pacienți care utilizează tehnicile de distragere pentru a evita ruminațiile cu conținut anxiogen, aceștia refugiindu-se în activități profesionale sau hobby-uri.

Problema care se ridică în cazul încercărilor de a bloca gândurile anxioase sau de a le evita prin intermediul unor tehnici de distragere a atenției constă în aceea că aceste strategii împiedică infirmarea conținutului negativ al gândurilor respective. Strategiile de controlare a gândurilor negative din cadrul tulburării anxioase generalizate nu reprezintă deci altceva decât comportamente de asigurare.

Îngrijorările de tipul I pot deveni, la rândul lor, comportamente de asigurare pentru că ele sunt utilizate de subiecți în vederea prevenirii unor posibile catastrofe, aceștia repetând în plan mental diverse strategii de abordare a unor posibile amenințări. Celelalte strategii și tentative de reprimare sau controlare a tendinței subiectului de a-și face griji au, la rândul lor, rolul de a preveni chiar pericolul producerii ruminațiilor cu conținut anxiogen, acestea reprezentând comportamente de asigurare de tipul II (îngrijorare pentru faptul că subiectul s-ar putea îngrijora).

Temerile de tipul I și II sunt asociate cu reacții emoționale corespunzătoare. Îngrijorările de tipul I sunt însoțite de creșterea anxietății și supraîncordării sau de reducerea acestora dacă obiectivele îngrijorărilor au fost atinse. Odată cu activarea îngrijorărilor de tipul II se produce o escaladare a anxietății, simptomele emoționale putând fi interpretate ca dovezi în sprijinul îngrijorărilor de tipul II. Astfel, de pildă, simptome cum ar fi incapacitatea de relaxare, dificultățile de concentrare a atenției, fuga de idei pot fi considerate de subiectul anxios ca fiind simptome ale pierderii autocontrolului mental, ale producerii unei „catastrofe" în plan psihic, fapt ce poate contribui la declanșarea unui atac de panică.

Obținerea unor informații în vederea conceptualizării modelului cognitiv al tulburării anxioase generalizate

În unele situații de tulburare anxioasă generalizată, îngrijorările sau fricile de tipul II (denumite de către Wells, 1994, și metaîngrijorări) sunt clar exprimate, în timp ce în alte cazuri sunt mai dificil de evidențiat. Terapeutul va trebui să pună în acțiune o serie de strategii de evidențiere a acestora, deoarece succesul tratamentului depinde în mare măsură de aceste informații.

Tehnica întrebărilor dirijate

Unul dintre obiectivele cele mai importante ale procesului de evaluare în cadrul psihoterapiei constă în obținerea unor date referitoa-

re la semnificația pe care o are tendința la îngrijorare ca determinantă principală a problemei pacientului.

Întrebările adresate pacientului sunt de tipul următor:

„De ce te supără atât de mult faptul că te îngrijorezi?"

„Dacă îngrijorările și temerile îți creează disconfort, de ce nu încetezi să-ți faci griji?"

„Se poate întâmpla ceva rău dacă te lași în voia îngrijorărilor?"

„Cât de mult poți să-ți controlezi tendința de a-ți face griji?"

„Ce ar reprezenta pentru tine faptul că nu ți-ai mai face atâtea griji?"

„Crezi că este normal să te îngrijorezi atât de mult?"

„Care ar fi lucrul cel mai rău care s-ar putea întâmpla dacă nu ai mai încerca să-ți ții îngrijorările sub control?"

În cadrul discuțiilor purtate cu pacientul, terapeutul trebuie să fie atent la afirmații de acest gen:

„Problema mea este că îmi fac prea multe griji."

„Am perioade când mă îngrijorez din orice."

„Nu cred că voi fi vreodată capabil să nu-mi mai fac griji."

„Îmi fac griji tot timpul."

Aceste afirmații cu caracter general oferă psihoterapeutului acces la îngrijorările de tipul II, care se referă la însuși procesul de a se simți îngrijorat. În continuare, terapeutul va trebui să analizeze implicațiile tendinței de îngrijorare, să afle care este cel mai rău lucru despre care pacientul crede că se poate întâmpla, precum și care este motivul care-l împiedică pe acesta să înceteze să-și mai facă atâtea griji.

Prezentăm mai jos un fragment de dialog realizat între psihoterapeut și Georgeta, o profesoară de 34 de ani diagnosticată cu tulburare anxioasă generalizată.

G: Nu pot să mă opresc din îngrijorare (o primă informație despre metaîngrijorări și care se referă la caracterul incontrolabil al acestora).

T: Ce se va întâmpla dacă nu te vei opri din acest proces de îngrijorare permanentă?

G: Viața mea va deveni un coșmar. Mă voi simți rău în permanență.

T: Ce înseamnă faptul că viața ta va deveni un coșmar?

G: Aș dori să fiu o persoană normală.

T: Crezi că nu ești o persoană normală?

G: Nu este normal să te temi și să-ți faci griji tot timpul.

T: Dacă înțeleg bine, ești îngrijorată de faptul că ai putea fi anormală.

G: Am o mătușă bolnavă de schizofrenie și mă tem că acesta ar putea fi un debut al acestei boli și la mine.

Analiza avantajelor și dezavantajelor menținerii metaîngrijorărilor (îngrijorările de tipul II)

Prezentăm o listă a avantajelor și dezavantajelor menținerii metaîngrijorărilor pentru Cristian, economist, în vârstă de 46 de ani, care suferă de 9 ani de anxietăți legate de starea de sănătate, de faptul că nu va fi suficient de competent în plan profesional sau că vor avea loc accidente în care va fi implicat el însuși sau apropiații lui.

Avantajele menținerii ruminațiilor cu conținut anxiogen (a metaavantajelor și dezavantajelor menținerii metaîngrijorărilor)	Dezavantajele menținerii acestora
1. Voi fi mai vigilent. 2. Mă voi purta mai frumos cu subalternii. 3. Voi fi mai atent atunci când predau lucrările. 4. Voi fi pregătit să fac față unor dificultăți. 5. Voi face mai frecvent investigații medicale.	1. Voi fi tot timpul anxios și încordat. 2. Capacitatea mea de concentrare se va reduce. 3. Nu mă voi putea bucura de nimic. 4. Voi avea un randament scăzut în activitate. 5. Gândurile mă vor împiedica să întreprind ceea ce doresc. 6. Este periculos să îți faci atâtea griji. 7. Gândurile și fricile mele sunt incontrolabile.

Identificarea tendinței de a controla gândurile

Existența unor comportamente prin intermediul cărora subiectul încearcă să-și controleze gândurile reprezintă un semnal că acesta evaluează negativ temerile și îngrijorările sale. Terapeutul va conduce astfel dialogul încât să identifice metaîngrijorările (îngrijorările de tipul II).

Prezentăm în cele ce urmează un astfel de dialog terapeutic realizat cu Stelian, student la filosofie, în vârstă de 21 de ani.

T: Atunci când te cuprind îngrijorările în weekend, cum procedezi?
S: Îmi petrec ore în șir gândindu-mă că prietena mea, care este din Brașov, ar putea avea un accident și eu nu aș putea face nimic pentru a-l preveni sau pentru a o ajuta.

BCU IAȘI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

T: Se pare că nu faci altceva decât să te îngrijorezi.
S: Încerc să întreprind câte ceva, de pildă să-mi spun că nu am niciun motiv de îngrijorare, dar acest lucru nu mă ajută prea mult.
T: Crezi că nu ai niciun motiv de îngrijorare?
S: Sunt conștient de faptul că îngrijorările mele nu sunt necesare. Alţi oameni nu procedează astfel, și totuși nu mă pot opri să nu-mi fac griji.
T: Când spui că nu te poţi opri, ce înţelegi prin asta?
S: Odată ce încep să-mi fac griji, nu mă mai pot opri. Gândurile rele parcă nu vor să iasă din capul meu.
T: Întreprinzi ceva pentru a-ţi scoate gândurile care te deranjează din cap?
S: Da, încerc să evaluez riscurile, încerc să mă încurajez singur, dar parcă este și mai rău.
T: Se pare că uneori încerci să nu te îngrijorezi, alteori încerci să găsești argumente pentru îngrijorările tale. De ce nu lași pur și simplu gândurile legate de temerile tale să se deruleze fără să faci nimic?
S: În acest caz, ele nu vor dispărea niciodată, îmi vor distruge ziua și voi înnebuni.
T: Ce înţelegi prin faptul că acele gânduri nu vor dispărea niciodată?
S: Îmi voi ieși din minţi pentru că nu voi fi în stare să le opresc.
T: Înseamnă că încerci să aduci argumente raţionale, să-ţi spui că nu se va întâmpla nimic rău pentru a opri dezastrul care s-ar putea produce.
S: Da, este îngrozitor atunci când încep să apară acele gânduri.
T: Cât de mult apreciezi, pe o scală de la 0 la 100, faptul că îţi vei pierde controlul sau că vei înnebuni?
S: În cazul în care nu întreprind nimic, în proporţie de 80%.
T: Cât de mult crezi că ceea ce faci în weekend pentru a stopa procesul de îngrijorare care te-ar putea duce la pierderea minţilor este eficient?
S: Ar fi mult mai rău dacă nu mi-aș oferi asigurări. Cred în proporţie de 60%.

În urma dialogului purtat cu pacientul, terapeutul a izbutit să evidenţieze temerile acestuia legate de ce anume s-ar putea întâmpla dacă acesta și-ar pierde controlul. În acest caz, comportamentele de control presupun faptul că subiectul își repetă în gând să nu-și facă griji și își acordă asigurări, evaluând riscurile posibile ale producerii situaţiei de care se teme. Metaîngrijorările lui Stelian se referă la faptul că tendinţa spre îngrijorare este necontrolabilă și poate conduce la nebunie.

Adesea, pacienţii ale căror metaîngrijorări se referă la pierderea autocontrolului, la anormalitate sau boală psihică au rezerve în dezvăluirea unor astfel de date despre ei. Mai mult, aceștia se tem că psihoterapeutul va confirma faptul că aceste elemente chiar sunt simptomele unei boli psihice. În acest caz, terapeutul va trebui să

utilizeze experimentele în plan comportamental pentru a surprinde în mod indirect acest tip de metaîngrijorări. Sunt utile, de asemenea, chestionarele de anxietate special elaborate pentru evaluarea subiecților propuși pentru psihoterapia cognitiv-comportamentală.

Conceptualizarea unui caz concret pe baza modelului cognitiv al tulburării anxioase generalizate (adaptat după Wells, 1999)

Un element central al modelului, care nu este atât de ușor de surprins de către pacient, constă în faptul că nu atât temerile față de evenimentele externe sau cele interne (de pildă, teama în legătură cu starea de sănătate) reprezintă problema principală, ci mai ales îngrijorările față de îngrijorări (metaîngrijorările sau îngrijorările de tipul II).

Pentru ca pacientul să poată înțelege acest concept de metaîngrijorări, terapeutul trebuie să acorde o atenție deosebită conținutului temerilor și îngrijorărilor acestuia. Întrebarea specifică este, în general, aceasta: „Dacă ai înceta să-ți faci griji în legătură cu problema X, ar rezolva acest lucru situația ta?" De regulă, pacienții care suferă de tulburare anxioasă generalizată afirmă că vor găsi imediat o altă temă de îngrijorare. În continuare, terapeutul ar putea adresa întrebarea următoare: „Atunci consideri că este mai bine să ne ocupăm de temerile tale concrete sau de factorii care mențin tendința ta de a te îngrijora?"

Odată ajuns în acest punct, terapeutul va aborda problemele legate de opiniile subiectului cu privire la tendința sa generală de a se îngrijora.

Fișa de notare a temerilor și îngrijorărilor (Wells, 1999)

Aceasta reprezintă o fișă de autoevaluare în care pacientul este solicitat să-și noteze temerile și îngrijorările și este utilă mai ales pentru conștientizarea metaîngrijorărilor sau îngrijorărilor de tipul II.

Data	Situația	Factor declanșator	Descrierea temerii (îngrijorării)	Îngrijorarea în raport cu îngrijorarea (metaîngrijorarea sau îngrijorarea de tipul II)	Emoții	Reacții la metaîngrijorări	Reevaluarea stărilor emoționale

Într-o fază inițială a psihoterapiei, multor pacienți le este dificil să identifice metaîngrijorările și vor nota doar temerile și îngrijorările cu caracter primar. Terapeutul va trebui să analizeze aceste răspunsuri și să deducă natura metaîngrijorărilor prin intermediul unor întrebări special elaborate. Odată identificată natura și rolul metaîngrijorărilor, terapeutul va examina, prin intermediul dialogului și experimentelor realizate în plan comportamental, efectul negativ al comportamentului caracterizat prin tendința spre îngrijorare. Cel mai frecvent utilizate experimente în sfera comportamentală sunt experimentul de blocare a gândurilor și experimentele de tipul „ce-ar fi dacă?" (Wells, 1999).

Blocarea gândurilor

Observațiile clinice au arătat faptul că tentativele unui subiect de a nu se gândi la un anumit lucru produc efectul paradoxal prin care gândul respectiv devine și mai intruziv, perturbând activitatea psihică a persoanei în cauză. Acest fenomen va fi utilizat de către terapeut pentru a demonstra pacientului ce se întâmplă dacă acesta încearcă să nu se gândească sau să-și controleze gândurile negative nedorite. În cazul în care acestuia i se cere să nu se gândească la ceva anume timp de câteva minute, rezultatul va fi că acel gând va începe să-l obsedeze. Astfel, terapeutul îi va demonstra că orice încercare de a bloca gândurile anxiogene (îngrijorările) se va solda cu un eșec, de unde rezultă ineficiența tendinței acestuia de a exercita un control asupra gândurilor sale.

Experimentul de tipul „ce-ar fi dacă?"

Unii pacienți anxioși afirmă că se îngrijorează foarte mult în tendința lor de a-și rezolva problemele și de a-și optimiza capacitatea de a face față stresurilor. Experimentul de tipul „ce ar fi dacă?" are menirea să demonstreze pacientului că stilul de gândire bazat pe îngrijorare excesivă nu face decât să exagereze dimensiunile problemelor.

Experimentul se va realiza sub forma unui joc de rol în care terapeutul va provoca pacientului prin intermediul unor întrebări de tipul „ce s-ar întâmpla dacă?". Pacientul va trebui să răspundă la fiecare întrebare de acest tip, după care terapeutul va adresa o nouă întrebare care să sugereze cele mai negative posibilități.

Prezentăm în continuare următorul exemplu (Wells, 1999):

T: Aș dori să încercăm un experiment pentru a te convinge ce se întâmplă atunci când te gândești la toate posibilitățile care ar putea apărea în situația care te face să te îngrijorezi. Hai să începem cu îngrijorarea ta principală: „Ce va fi dacă soțul meu va avea un accident de mașină?" Eu voi personifica îngrijorările tale și îți voi adresa o serie de întrebări de tipul „ce ar fi dacă?", în timp ce tu vei încerca să te gândești și să găsești o modalitate de a face față situației. Hai să începem. Ce va fi dacă soțul meu va avea un accident de mașină?
P: Depinde de cât de serios va fi acesta.
T: Ce va fi dacă va fi ceva serios?
P: El va trebui transportat la spital.
T: Și ce va fi dacă va fi serios accidentat?
P: Nu știu cum mă voi descurca. Va trebui să le spun copiilor. Îl voi vedea zăcând în pat cu tot felul de perfuzii.
T: Ce va fi dacă nu va fi sigur că va supraviețui?
P: Voi rămâne singură cu copiii și el îmi va lipsi mult. Voi cere ajutorul părinților mei.
T: Ce va fi dacă soțul tău va deceda și părinții vor fi prea în vârstă pentru a te ajuta?
P: Viața mea ar fi foarte tristă. Voi suferi o cădere psihică.
T: Ce va fi dacă îți vei pierde mințile?
P: Nu mă voi mai putea ocupa de copii.
T: Ce va fi dacă nu te vei mai putea ocupa de copii?
P: Copiii îmi vor fi luați. Viața lor va fi îngrozitoare și mie nu-mi va mai rămâne nimic. Voi sfârși probabil într-un ospiciu.
T: Ei bine, hai să ne oprim aici. Ce se întâmplă dacă îți faci griji?
P: Mă gândesc la lucruri din ce în ce mai rele.
T: Este adevărat, generezi alternative tot mai îngrozitoare. Cât de util este acest lucru în reducerea anxietății și cât de mult te ajută să te descurci în viață?
P: Nu mă ajută deloc, nu mă face decât să mă stresez tot mai mult.

Într-o etapă mai avansată a psihoterapiei este necesar ca pacientul să conștientizeze faptul că utilizarea îngrijorărilor în scopul rezolvării unor probleme este susținută de convingerile pacienților în legătură cu aceste îngrijorări. În acest moment se pune problema modificării convingerilor cu conținut disfuncțional.

BCU IAȘI - BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ

Tehnicile psihoterapeutice propriu-zise în cazul tulburărilor anxioase generalizate

Psihoterapeutului trebuie să-i fie clar în minte că indiferent de tehnica utilizată, aceasta trebuie să aibă drept obiectiv infirmarea metaîngrijorărilor, precum și a convingerilor disfuncționale legate de acestea.

Tratamentul propriu-zis constă în adresarea unor provocări în vederea infirmării convingerilor legate de incontrolabilitatea gândurilor, a metaîngrijorărilor, precum și a convingerilor legate de acestea.

Metode verbale de reatribuire

Verificarea veridicității metaîngrijorărilor (sau îngrijorărilor de tipul II). Terapeutul va adresa pacientului o serie de întrebări prin intermediul cărora acesta să se convingă de faptul că nu are suficiente argumente pentru a susține, de pildă, că îngrijorările i-ar putea face rău.

Elvira, traducătoare, în vârstă de 36 de ani, suferă de tulburare anxioasă generalizată.

Prezentăm un fragment de dialog între aceasta și psihoterapeut.

T: Cât de mult crezi că fricile și îngrijorările tale te vor face să înnebunești?
E: Sunt sigură de acest lucru. Cred în proporție de 80%.
T: Ce te face să crezi că temerile și îngrijorările te vor face să-ți pierzi mințile?
E: Nu știu, dar mă simt foarte rău.
T: Este neplăcut să-ți faci griji, dar reprezintă aceasta o dovadă a faptului că vei înnebuni?
E: Presupun că ar putea fi, nu știu. Ați putea să-mi spuneți cum este atunci când înnebunești?
T: Depinde ce înțelegi prin termenul de nebunie.
E: Să-ți pierzi mințile, să ai tot felul de gânduri rele pe care nu le poți controla, așa cum i s-a întâmplat mamei mele.
T: Ce anume i s-a întâmplat mamei tale?
E: Ea s-a simțit tot mai rău și în cele din urmă a avut o cădere psihică și a ajuns la o clinică de psihiatrie.
T: Crezi că acest lucru ți se va întâmpla și ție?
E: Ea și-a făcut totdeauna o mulțime de griji și în cele din urmă acestea au doborât-o.
T: Din acest motiv crezi că grijile te-ar putea face să înnebunești?

E: Da, cred că acest lucru ar putea să mi se întâmple și mie.
T: De unde știi că îngrijorările au adus-o pe mama ta în starea aceasta?
E: Presupun că așa au stat lucrurile.
T: Au mai existat și alte motive care i-au putut provoca boala psihică?
E: Da, ea se simțea foarte deprimată.
T: Bine. Atunci ai vreo dovadă clară a faptului că îngrijorările te pot face să înnebunești?
E: Nu, nu am această dovadă, dar sunt sigură că fricile și îngrijorările nu fac bine nimănui.
T: Vom examina acum presupunerea ta că temerile sunt nocive. Ce anume te face să crezi acest lucru?

Terapeutul va conduce în continuare dialogul astfel încât pacienta să se convingă de faptul că tendința de a fi îngrijorată este inofensivă. În unele cazuri este indicat ca terapeutul să dirijeze discuția astfel încât să abordeze mecanismele prin intermediul cărora pacientul crede că temerile și îngrijorările pot produce o boală psihică. Astfel, dacă acesta consideră că stresul este cel care face ca temerile să provoace căderi psihice, discuțiile vor fi dirijate în așa fel încât să se infirme această ipoteză.

Modificarea convingerilor legate de incontrolabilitatea gândurilor negative cu conținut anxiogen

Deoarece îngrijorările și temerile reprezintă procese atenționale complexe, acestea pot fi întrerupte în cazul în care subiectul desfășoară alte activități mentale. Factorii modulatori ai îngrijorărilor reprezintă acele evenimente sau activități care stopează tendința subiectului de a-și face griji. Odată identificată prezența acestor factori modulatori, experiența pacientului va fi utilizată pentru a-i demonstra că îngrijorările au un caracter controlabil.

Angela, secretară, în vârstă de 31 de ani, suferind de tulburare anxioasă generalizată, este convinsă că nu-și poate controla gândurile. Prezentăm un dialog purtat de către aceasta cu psihoterapeutul.

T: Notează pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crezi că nu-ți poți controla tendința de a te îngrijora.
A: Cred că nu o pot controla cam în proporție de 80%.
T: Când a fost ultima dată când ai fost foarte serios îngrijorată?
A: Azi-dimineață m-am îngrijorat foarte tare pentru că fiica mea a plecat în excursie și m-am temut că ar putea să răcească.

T: Această îngrijorare a avut un caracter controlabil?
A: Nu, nu m-am putut opri să mă gândesc la asta toată dimineața.
T: Ai încercat să nu te mai gândești la ceea ce te supăra?
A: Da, mi-am spus în gând că totul va fi bine, dar acest lucru nu mi-a ajutat prea mult.
T: Ce te-a oprit totuși să continui să te îngrijorezi?
A: A sunat o vecină la ușă și pentru câteva momente am uitat de problemele mele. După aceea parcă nu a mai fost atât de rău.
T: Iată deci că în unele situații tendința ta de a-ți face griji se oprește. Dacă acest proces ar fi necontrolabil, crezi că s-ar întâmpla acest lucru?
A: Nu, gândurile negative ar fi prezente în permanență.
T: Corect. Îți mai amintești de momente în care făceai ceva sau în care s-a petrecut ceva și gândurile tale legate de îngrijorări s-au oprit?
A.: Da, atunci când citesc sau fac ceva interesant nu îmi mai fac griji.
T: Ce concluzie tragi de aici?
A: Aceasta înseamnă că îmi pot controla gândurile.
T: Cât de mult mai crezi că gândurile tale nu sunt controlabile?

Pacienții suferind de tulburare anxioasă generalizată consideră că a-ți face griji reprezintă un fenomen negativ și periculos. Psihoterapeutul trebuie să le explice faptul că a te îngrijora este un fenomen normal, specific majorității oamenilor. Astfel, studiile au evidențiat că aproximativ 79% dintre subiecții cărora li s-a cerut să completeze un jurnal timp de două săptămâni relatau că au manifestat îngrijorări frecvente (Wells și Morrison, 1994).

Psihoterapeutul va utiliza astfel de date pentru a combate convingerile negative pe care anxioșii le nutresc în legătură cu efectul negativ al temerilor lor. (Dacă 79% din populație își fac griji timp de două săptămâni, acest lucru înseamnă că acești oameni sunt bolnavi psihic?)

Tehnica disonanței cognitive

Existența unor convingeri negative și pozitive în legătură cu tendința de îngrijorare poate facilita inducerea tehnicii disonanței cognitive care, la rândul ei, poate contribui la slăbirea sistemului de credințe și convingeri al subiectului și poate întări motivația pentru schimbare.

O puternică disonanță cognitivă apare atunci când două convingeri contradictorii sunt activate și par să fie în același timp adevărate. De exemplu, convingerile că tendința de a-și face griji este utilă și

în același timp nocivă nu pot fi adevărate în același timp, ele neputând coexista.

Prezentăm mai jos un dialog purtat de către terapeut cu Marcela, o economistă în vârstă de 43 de ani diagnosticată cu tulburare anxioasă generalizată.

T: Ai afirmat că ești convinsă că tendința ta de a avea permanent tot felul de frici și temeri îți va face rău. Cât de mult crezi că acest lucru este a adevărat?
M: Dacă voi continua să-mi fac tot felul de griji, sunt sigură că voi avea atât probleme psihice, cât și somatice. Cred acest lucru în proporție de 75%.
T: Dacă crezi că este atât de periculos, de ce continui să-ți faci griji?
M: Nu mă pot opri. Mereu găsesc un motiv de îngrijorare. Odată ce încep să mă îngrijorez, frământ gândurile respective în minte până când încep să mă simt ceva mai bine și cred că voi putea face față mai bine unei nenorociri care s-ar putea întâmpla...
T: Vrei să spui că îngrijorările te ajută să faci față unor stresuri viitoare?
M: Cred că așa stau lucrurile.
T: Mi se pare că ai păreri contradictorii în legătură cu temerile și tendințele tale de a te îngrijora. Pe de o parte crezi că faptul de a fi îngrijorată te ajută să faci mai bine față situațiilor, iar pe de altă parte crezi că temerile și îngrijorările ți-ar putea face rău. Nu cred că ambele opinii sunt adevărate. Pe care o susții de fapt?
M: Înțeleg ce vreți să spuneți. Probabil că nu este chiar atât de periculos să te îngrijorezi.
T: Cât de mult crezi acum că îngrijorările te-ar putea îmbolnăvi?
M: În proporție de 20%.
T: Pe ce te bazezi când te referi la acese procente?
M: Deși a-ți face griji nu pare un fenomen atât de periculos cum am crezut la început, ar putea fi o problemă dacă îți faci griji prea mult timp.
T: Dar dacă îți faci mai multe griji, nu te ajută acest lucru să faci față mai bine diverselor situații?
M: Chiar și lucrurile bune pot fi nocive dacă le practici în exces.
T: Poate că ar fi indicat să realizăm un mic experiment pentru a vedea în ce măsură îți poți face rău îngrijorându-te.

În cadrul acestui dialog întrebările sunt astfel conduse pentru a produce slăbirea convingerii legate de efectul negativ al temerilor și îngrijorărilor. Există și posibilitatea de a zdruncina și concepția opusă. Indiferent în ce direcție se merge, până la urmă efectul terapeutic va fi atins, pentru că obiectivul urmărit este zdruncinarea ambelor convingeri disfuncționale. Odată zdruncinată una dintre convingeri, terapeutul va conduce procesarea psihoterapeutică pentru a elimina și convingerea opusă.

Deși îngrijorările și temerile sunt exprimate predominant în termeni verbali, acestea pot fi declanșate sau însoțite de imagini care întruchipează diverse catastrofe. La majoritatea pacienților aceste imagini au un caracter static. În aceste situații, terapeutul trebuie să-l învețe pe pacient să realizeze un antrenament mental în stare de relaxare, în cadrul căruia să deruleze imagini cu caracter dinamic și cu final pozitiv. Acesta se vede pe sine făcând față cu bine situației de care se teme.

Terapeutul trebuie însă să fie atent pentru ca pacientul să nu transforme aceste variante de antrenament mental în comportamente de asigurare care să împiedice infirmarea gândurilor și convingerilor negative. Mai precis, antrenamentul mental nu va trebui utilizat pentru a stopa procesul de îngrijorare, ci abia după ce s-a realizat într-o măsură suficient de mare schimbarea atitudinală.

Experimentele în sfera comportamentală

Controlul activității de generare a unor gânduri cu conținut anxiogen a fost pus la punct de Borkovec și alții (1983) și se bazează pe ipoteza conform căreia tendința subiectului de a se îngrijora reprezintă o reacție învățată, de răspuns la o situație anxiogenă ce poate fi considerată ca un răspuns cognitiv al cărui obiectiv îl reprezintă evitarea unor traume viitoare. Tendința de a-și face griji pare pentru subiect necontrolabilă și din acest motiv tratamentul bazat pe controlul acesteia îi oferă posibilitatea de a stăpâni situația. Strategia propriu-zisă implică următoarele etape (Borkovec, 1983):

1. Identificarea gândurilor anxiogene care reprezintă conținutul îngrijorărilor.

2. Stabilirea unei perioade de 30 de minute în care subiectul trebuie să se îngrijoreze. Este necesar ca activitatea respectivă să se desfășoare la aceeași oră și în același loc (este vorba de o tehnică de tip comportamentalist de control al stimulilor, dar și de o tehnică de psihoterapie prin intervenție paradoxală, care presupune prescrierea simptomului).

3. Pacientului i se cere să surprindă momentele în care se îngrijorează, să amâne această preocupare și să se ocupe de alte activități care îi solicită atenția.

4. Utilizarea perioadei de 30 de minute pentru a-și face griji în legătură cu problema care îl preocupă și apoi angajarea într-un demers de rezolvare de probleme, pentru a elimina motivele de îngrijorare.

Wells (1999) este de părere că, deşi această strategie dă unele rezultate în terapia tulburărilor anxioase, din perspectiva teoriei cognitiviste trebuie să ţinem seama de câteva aspecte:

- În primul rând, trebuie eliminată ideea referitoare la caracterul necontrolabil al îngrijorărilor, terapeutul punând accentul pe reducerea convingerilor negative în legătură cu imposibilitatea controlului gândurilor anxiogene, precum şi pe opiniile subiectului cu privire la aspectele pozitive şi negative ale îngrijorărilor.
- În al doilea rând, tendinţa pacientului să utilizeze activitatea de a-şi face griji ca pe un proces de rezolvare de probleme va întări convingerea negativă a acestuia cu privire la rolul benefic al ruminaţiilor interioare cu conţinut anxiogen.
- În al treilea rând, strategiile de controlare a tendinţei de a se îngrijora pot să împiedice expunerea subiectului la acele situaţii care vor informa metaîngrijorările sau îngrijorările de tipul II.

Astfel, de pildă, dacă un pacient anxios va nutri convingerea că, dacă nu reuşeşte să-şi controleze îngrijorările, acest lucru îi va declanşa o boală psihică, pacientul nu va putea să-şi modifice metaconvingerea că ruminaţiile anxiogene conduc la boli psihice. Ţinând seama de aceste precizări, Wells (1999) consideră că strategia de controlare a tendinţei subiectului de a-şi face griji trebuie să aibă ca obiectiv infirmarea convingerilor negative referitoare la metaîngrijorări. În felul acesta, strategia de controlare a îngrijorărilor devine un experiment realizat în sfera comportamentală, experiment menit să infirme convingerea legată de faptul că îngrijorările şi ruminaţiile anxiogene au un caracter necontrolabil.

Instructajul administrat subiectului este următorul (Wells, 1999):

„Îngrijorarea reprezintă un proces cognitiv complex. Deşi tendinţa ta de a te îngrijora pare imposibil de controlat, acest lucru nu este adevărat şi probabil că ţi-ai dat seama de asta atunci când ai încetat să-ţi faci griji în modul în care s-a petrecut ceva care ţi-a abătut atenţia de la temerile tale.

Pentru a afla ceva mai mult despre modul în care funcţionează acest proces de a-ţi face mereu griji, aş dori să procedezi astfel:

1. Atunci când constaţi că începi să te îngrijorezi, amână această activitate, spunându-ţi în gând că îţi vei acorda mai târziu un timp special pentru a te gândi la problema ta.

2. Alege un anumit moment al zilei când îţi vei da voie să te îngrijorezi timp de 15 minute.

3. Atunci când vine momentul respectiv, permite-ți să te îngrijorezi timp de 15 minute, dar numai dacă simți că trebuie să o faci. Notează pe un caiet de ce ai simțit nevoia să te îngrijorezi.

Majoritatea pacienților relatează că au fost capabili să amâne ruminațiile interioare anxiogene și adesea nu au utilizat perioadele special destinate îngrijorărilor. Nivelul convingerii în caracterul necontrolat al îngrijorărilor trebuie evaluat înainte și după realizarea experimentului.

Instrucțiunile paradoxale

Pacienții sunt solicitați să se îngrijoreze cât mai mult, până la pierderea controlului asupra gândurilor lor. De asemenea, aceștia sunt instruiți să se străduiască din răsputeri să producă acele dezastre de care se tem cel mai mult. În mod paradoxal, cu cât subiectul încearcă mai mult să-și piardă autocontrolul asupra temerilor sale, cu atât reușește mai puțin, îngrijorările apărându-i mult mai controlabile decât și-ar fi imaginat. În felul acesta, subiectul se va convinge că pierderea controlului mental nu este posibilă în cazul său.

Suspendarea controlului gândurilor

Strategiile de reprimare a gândurilor anxiogene, de distragere, precum și încercările de menținere a autocontrolului mental reprezintă comportamente de asigurare pe care pacientul anxios le pune în acțiune pentru a evita consecințele. Terapeutul va recomanda acestuia să se îngrijoreze fără a pune în acțiune respectivele comportamente de asigurare, pentru a infirma convingerile disfuncționale că ruminațiile interioare anxiogene i-ar putea produce o boală psihică.

Metoda anchetei

Se utilizează pentru a infirma metaîngrijorările, respectiv convingerea referitoare la caracterul nociv al îngrijorărilor. Pacientului i se cere să intervieveze prieteni, cunoscuți și rude, pentru a afla dacă aceștia se îngrijorează, și cum ar reacționa ei față de o persoană care are tendința de a-și face în permanență griji.

Modificarea convingerilor pozitive referitoare la îngrijorări

Se utilizează metodele cunoscute de reatribuire verbală în vederea modificării convingerii eronate că îngrijorările au un caracter necesar. Terapeutul va utiliza tehnica de contraargumentare pentru a infirma

convingerea respectivă. Printre contraargumentele cel mai frecvent utilizate putem include următoarele: îngrijorarea creează o dispoziție proastă, reprezintă o pierdere de timp, perturbă capacitatea de concentrare a persoanei, are un caracter nerealist și nu oferă nici un avantaj în confruntarea cu problemele reale ale vieții. Terapeutul va furniza exemple din care să rezulte că în majoritatea situațiilor oamenii nu s-au îngrijorat, dar au făcut față foarte bine unor situații stresante.

Este necesară și modificarea convingerii eronate conform căreia îngrijorările ca strategii de a face față situațiilor stresante reflectă în mod adecvat datele realității și din acest motiv au un caracter adaptativ. Terapeutul îi poate cere pacientului să-și amintească de un moment când a trebuit să facă față unei situații stresante și și-a făcut înainte foarte multe griji. Acesta va trebui să descrie conținutul îngrijorărilor cu foarte multe detalii, incluzând gânduri, imagini și mai ales finaluri cu conținut negativ. În continuare, pacientul va trebui să descrie situația reală și să compare datele scenariului anticipativ bazat pe anxietate și îngrijorare cu datele realității. Rezultatul comparației este utilizat de către terapeut pentru a-l convinge pe pacient de inutilitatea îngrijorărilor în calitate de strategii adaptative.

Renunțarea la îngrijorări

Reprezintă o altă tehnică de infirmare a convingerii disfuncționale legate de utilitatea și caracterul pozitiv ale acesteia. Pacienții cu tulburare anxioasă generalizată sunt solicitați să renunțe să-și mai facă griji pentru a se convinge dacă evenimentul negativ de care se tem se produce sau nu. Astfel, de pildă, convingerile referitoare la faptul că îngrijorarea îl împiedică pe subiect să fie pedepsit pot fi modificate solicitând subiectului să renunțe pentru o perioadă limitată la îngrijorările sale și să observe dacă evenimentul de care se teme se produce sau nu.

Modificarea grilei cognitive a subiecților anxioși

Pacienții cu tulburare anxioasă generalizată sunt hipervigilenți față de amenințările externe, care se adresează îngrijorărilor de tipul I, precum și față de sursele de informații cognitive, care se adresează metaîngrijorărilor. Hipervigilența față de sursele externe de amenințare include căutarea selectivă a unor informații care vin în sprijinul temerilor subiectului. De pildă, o persoană care se teme că va fi jefuită va căuta în ziare sau va fi atentă la toate știrile de la radio sau TV refe-

ritoare la tâlhării, petrecând apoi un timp îndelungat pentru a-şi face griji că ar putea fi, la rândul său, tâlhărit, precum şi la măsurile de precauţie pe care şi le-ar putea lua. Terapeutul va trebui să-l ghideze pe pacient să culeagă şi să proceseze mai ales informaţiile care vin în contradicţie cu temerile şi îngrijorările sale.

Această strategie nu trebuie însă să se transforme într-un comportament de evitare a îngrijorărilor, fapt ce ar împiedica procesul de infirmare a veridicităţii acestora. Terapeutul va căuta să demonstreze pacientului că modificarea stilului de gândire nu creşte probabilitatea producerii dezastrelor de care acesta se teme.

Antrenamentul mental cu conţinut pozitiv

Pacienţii care suferă de tulburare anxioasă generalizată au o istorie lungă de antrenament mental „bazat pe gândire negativă". Terapeutul va trebui să-i ghideze pe aceşti pacienţi să repete în plan mental scenarii cu conţinut pozitiv, având ca punct de pornire temerile iniţiale. Tehnica dă rezultate mult mai bune dacă este aplicată în stare de relaxare sau hipnoză, cu condiţia ca acest antrenament mental să fie aplicat după restructurarea cognitivă, pentru a nu se transforma într-un comportament de asigurare.

Abandonarea pacientului în voia temerilor şi îngrijorărilor sale

Abandonarea reprezintă o metodă opusă controlului forţat al tendinţei pacientului de a-şi face griji. Terapeutul va indica pacientului să identifice prezenţa temerilor, dar să nu întreprindă nimic împotriva acestora, ci pur şi simplu să le lase să se deruleze. Acest procedeu este facilitat dacă se utilizează şi formule autosugestive de tipul următor: „A apărut o nouă îngrijorare, dar ea nu înseamnă nimic pentru mine; o voi lăsa să treacă de la sine", „Din nou îmi fac griji; acest lucru nu-mi foloseşte; le las să se ducă".

Esenţa acestui procedeu constă în a spori gradul de conştientizare a temerilor în acelaşi timp cu abordarea lor dintr-o perspectivă mai puţin problematică. Şi această metodă trebuie introdusă într-o fază mai înaintată a terapiei, pentru a nu deveni o strategie care să împiedice modificarea convingerilor negative referitoare la metaîngrijorări.

VII
Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul tulburărilor hipocondriace

Tulburarea hipocondriacă este clasificată în cadrul Manualului Diagnostic și Statistic al Asociației Psihiatrilor Americani (DSM IV) nu ca o tulburare anxioasă, ci ca o tulburare somatoformă. Cu toate acestea, tulburarea hipocondriacă poate fi privită, din punctul de vedere al concepției și terapiei cognitive, ca fiind o problemă strâns legată de anxietatea referitoare la propria stare de sănătate (Wells, 1999).

Autorul mai sus menționat își bazează abordarea psihoterapeutică pe lucrările lui Salkovskis (1989), Warwick, Clark, Cobb și Salkovskis (1996). Trăsătura definitorie a acestei tulburări constă în convingerea și teama că persoana suferă de o afecțiune somatică serioasă, convingere bazată pe interpretarea concretă a unor senzații sau simptome corporale.

Investigațiile medicale nu evidențiază niciun fel de elemente care ar putea justifica temerile subiectului în legătură cu starea lui de sănătate. Cu toate acestea, ideile pacienților hipocondriaci nu au intensitate delirantă, aceștia putând admite că temerile lor ar putea fi exagerate sau că există posibilitatea să nu sufere de nicio boală (DSM IV, APA, 1994).

Preocupările acestor pacienți trebuie să le creeze un disconfort suficient de puternic, iar tulburarea trebuie să dureze de cel puțin șase luni pentru a putea fi diagnosticată ca atare. Tulburarea respectivă nu se numără printre simptomele altor tulburări cum ar fi: tulburarea anxioasă generalizată, tulburarea obsesiv-compulsivă, atacul de panică, depresia majoră sau altă tulburare somatoformă.

Temerile pacienților hipocondriaci nu pot fi liniștite în urma unor controale și asigurări medicale. Unii hipocondriaci solicită în permanență asigurări de la medicul lor curant și își fac nenumărate inves-

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

tigații de laborator, în timp ce alții au tendința de a evita contactul cu serviciile medicale.

Tulburarea hipocondriacă poate coexista cu atacurile de panică, îngrijorarea în legătură cu starea de sănătate putând avea fluctuații de-a lungul unor luni sau chiar zile. Fazele acute ale afecțiunii sunt urmate de perioade mai liniștite, când temerile subiecților par să se reducă în intensitate. Pacienții hipocondriaci se calmează în urma asigurărilor medicale, dar starea lor de liniște nu durează mai mult de câteva ore sau eventual câteva zile.

Modelul cognitiv al tulburărilor hipocondriace

Esența acestei tulburări constă, ca și în cazul atacului de panică, în interpretarea eronată a unor senzații și simptome corporale normale sau minore, acestea fiind considerate semnele unei patologii organice severe. Diferența față de atacurile de panică ține de faptul că pacienții care suferă de această afecțiune consideră că dezastrul se va produce imediat, în timpul atacului de panică, în timp ce hipocondriacii sunt de părere că finalul catastrofal (suferințe teribile sau moarte) se va produce într-un viitor mai îndepărtat.

Modelul cognitiv al tulburării hipocondriace a fost pus la punct de Salkovskis (1989) și Warwick (1989). Acești autori sunt de părere că tulburarea se instalează atunci când un incident critic activează convingerile disfuncționale legate de starea de sănătate. Aceste convingeri cu caracter disfuncțional se formează în copilărie sau mai târziu și sunt modificate în urma experiențelor de viață. Incidentul critic poate fi reprezentat de apariția unor simptome somatice neașteptate, de observarea unor senzații fiziologice ignorate până atunci, de decesul unei rude sau al unui prieten sau de confruntarea cu anumite informații legate de o boală.

Odată activate, convingerile disfuncționale vor conduce la interpretarea unor simptome sau senzații fiziologice ca fiind semnele unei boli organice serioase. Aceste interpretări se manifestă sub forma unor gânduri negative automate, care pot include și imagini cu conținut anxiogen ce se referă la organe sau zone ale corpului care nu mai

funcționează cum trebuie (pacienții își văd inima distrusă, plămânii inflamați sau tumori maligne care le invadează organismul). Drept consecință se activează o serie de mecanisme care mențin anxietatea și preocuparea pentru starea de sănătate, mecanisme de natură cognitivă, afectivă, fiziologică și comportamentală.

Factorii de natură cognitivă

Procesul atenției selective care are loc în cazul tulburării hipocondriace este foarte asemănător cu cel care apare în cazul atacurilor de panică și se referă la concentrarea atenției asupra unor procese fiziologice, cum ar fi bătăile inimii, activitatea gastrointestinală, respirația, deglutiția etc. Unii hipocondriaci se concentrează și asupra unor aspecte fizice exterioare: asimetrii ale corpului, pete pe piele, umflături, secreții sau excremente (culoarea urinei, fecalelor etc.).

Frecvent, acești pacienți se preocupă de tot felul de știri sau informații referitoare la diverse boli, ei urmărind cu atenție diverse articole sau emisiuni mass-media legate de probleme medicale. Pacienții prezintă ruminații mentale legate de îngrijorări sau de rezolvarea unor eventuale probleme legate de boală, îngrijorările se referă fie la strategii preventive bazate pe o stare de hipervigilență pentru a detecta cele mai timpurii semne ale unei posibile boli, fie pot reprezenta un fel de strategii de tip superstițios menite să preîntâmpine efectele așa-zis negative ale unei gândiri de tip pozitiv: „Dacă îmi fac griji, nu mi se va întâmpla aceasta" (Wells și Hackermannn, 1993). Ruminațiile permanente legate de starea de sănătate mențin conștientizarea asupra senzațiilor fiziologice și produc tulburări emoționale secundare, cum ar fi, de pildă, tulburările de somn, care la rândul lor vor contribui la întărirea convingerilor eronate.

Distorsionările cognitive cele mai răspândite în cazul tulburării hipocondriace sunt: ignorarea explicațiilor alternative legate de prezența simptomelor, abstragerea selectivă și tendința spre catastrofizare. Astfel, tendința de a ignora rezultatele investigațiilor și opiniile medicilor care nu confirmă existența unei boli grave provine din convingerea eronată: „Este posibil ca testele de laborator să nu-mi ofere certitudinea că nu sufăr de o boală serioasă".

Abstragerea selectivă se va referi la faptul că pacientul va recepționa în timpul controalelor medicale doar anumite informații fragmentare referitoare la sănătatea proprie. De pildă, informația legată

de faptul că tensiunea este în limite normale și că trebuie verificată din când în când poate fi interpretată de către un hipocondriac ca fiind semnul că ceva este în neregulă și că din acest motiv este necesară monitorizarea periodică. Catastrofizarea se referă la exagerarea unor simptome minore, acompaniată de ignorarea unor explicații benigne ale acestora.

Modificările afective și fiziologice

Reacția emoțională cea mai răspândită care însoțește interpretările eronate ale simptomelor fiziologice este anxietatea, deși și depresia poate reprezenta o reacție secundară, mai ales dacă preocupările cu conținut hipocondriac durează de mai mult timp. Simptomele fiziologice ale anxietății sunt cele care sunt interpretate eronat de către hipocondriaci. Acestea pot fi modificări ale ritmului cardiac, modificări digestive, tulburări de somn sau alte simptome asemănătoare.

Reacțiile comportamentale

O serie de factori de natură comportamentală contribuie la interpretările eronate pe care subiecții hipocondriaci le conferă unor senzații fiziologice. Aceștia sunt: verificările, evitarea, comportamentele de asigurare și solicitarea de încurajări. Verificările repetate ale funcționării organismului reprezintă una din preocupările esențiale ale subiecților hipocondriaci. Aceștia sunt atenți la eventualele palpitații, își observă urina și fecalele, starea sânilor sau a testiculelor etc. Aceste verificări pot produce disconfort, ca în cazul unor investigații medicale, dar și în absența acestora se menține trează atenția subiectului asupra propriului său organism, astfel încât cele mai benigne senzații pot fi observate și interpretate ca simptome de boală.

Comportamentele de evitare îmbracă și ele diverse forme, astfel, subiectul poate evita efortul fizic sau expunerea la informații referitoare la diverse boli. Unii pacienți hipocondriaci vor utiliza în mod deliberat strategii de distragere, încercând să-și controleze gândurile pentru a nu se gândi la boală.

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Evitarea comportamentelor care implică un anumit grad de risc (cum ar fi efortul fizic) împiedică expunerea la acele situații care ar putea contribui la infirmarea convingerilor negative disfuncționale, iar evitarea confruntării cu informațiile legate de probleme medicale nu face decât să mențină preocuparea hipocondriacă. De asemenea, încercările de a reprima gândurile cu conținut intruziv produc o creștere paradoxală a frecvenței și intensității acestora.

O altă categorie de reacții o reprezintă comportamentele cu caracter preventiv, menite să reducă riscul de îmbolnăvire în viitor. Astfel, de pildă, un pacient cu anxietăți legate de o afecțiune cardiacă poate consuma zilnic câte o tabletă de aspirină, în timp ce un altul poate lua vitamine, deși acestea nu sunt necesare.

În cazul în care nu se exagerează, aceste comportamente nu sunt nocive prin ele însele, dar mențin preocupările legate de starea de sănătate și convingerea că persoana este bolnavă și are nevoie de tratament. Alte comportamente preventive, cum ar fi, de pildă, odihna excesivă, pot fi nocive pentru că scot organismul din formă și creează senzația de lipsă de energie, elemente ce vor fi imediat considerate ca semnele unei boli grave.

Convingerile negative legate de starea de sănătate sunt menținute și de solicitarea de încurajări din partea celorlalți. Acestea pot avea un caracter direct ca, de pildă, interogarea membrilor familiei sau prietenilor în legătură cu simptomele sau, mai subtil, pacienții le povestesc celorlalți despre ceea ce simt. De asemenea, acești pacienți se prezintă frecvent la medic și solicită o serie de analize și alte investigații de laborator, iar unii dintre ei studiază tratate și articole în speranța autodiagnosticării și automedicației. Una dintre problemele pe care le au acești pacienți care solicită numeroase investigații medicale este sentimentul că nu sunt luați în serios. Acest sentiment nu face decât să întărească nevoia pacientului de investigații suplimentare și să consolideze convingerile negative legate de competența personalului medical.

Obiectivul psihoterapiei cognitive în cazul pacienților hipocondriaci nu constă numai în infirmarea convingerilor negative legate de existența unei boli grave, ci și în oferirea unei explicații mai plauzibile pentru problema lor. Terapia este focalizată pe strângerea de dovezi pentru construirea unui model psihologic care să nu mai fie centrat pe ideea de boală.

Implicarea pacienților hipocondriaci în terapia cognitiv-comportamentală este destul de dificilă din cauza neîncrederii pe care o manifestă aceștia față de personalul medical. De asemenea, pot să apară dificultăți cauzate de dorința nestăvilită a pacienților de a discuta și asculta diverse informații cu privire la simptomele fizice, în dauna preocupării pentru factorii de natură psihologică. Acești pacienți acceptă cu greu ideea că problematica lor este de natură psihică și fac eforturi de a demonstra că această abordare nu li se potrivește, deoarece ei sunt grav bolnavi.

Acceptarea terapiei, precum și creșterea eficienței acesteia pot fi optimizate dacă se respectă următoarele instrucțiuni (Wells, 1999):

1. Psihoterapia cognitiv-comportamentală trebuie prezentată ca o posibilitate de a afla care este problema, subiectul neavând ce să piardă. Terapeutul va sublinia că pacientul a încercat tot felul de metode medicale fără să obțină niciun rezultat, în această situație tratamentul psihologic ar putea reprezenta o altă alternativă care, chiar dacă nu se dovedește eficientă, măcar îi oferă subiectului posibilitatea testării altei alternative.

2. Terapeutul trebuie să aducă contraargumente împotriva concepțiilor eronate ale pacienților cu privire la tratamentul psihologic, deoarece majoritatea acestora cred că tratamentul psihologic consideră simptomele ca fiind imaginare. Terapeutul trebuie să sublinieze că simptomele respective sunt reale, dar pot avea și alte cauze decât o boală foarte gravă.

3. Este necesară sublinierea caracterului colaborativ al tratamentului, fapt ce înseamnă că atât terapeutul, cât și pacientul trebuie să fie deschiși „și să caute" împreună răspunsuri posibile „la problema în cauză".

4. Încă de la începutul terapiei trebuie să se prezinte informații legate de modelul cognitiv al tulburării hipocondriace și să se realizeze unele experimente în sfera comportamentală, experimente care să contribuie la identificarea unor explicații alternative.

5. Terapeutul va sublinia și efectul de ameliorare momentană pe care îl au asigurările medicale, dar și faptul că acestea nu fac decât să mențină problema.

6. Pacientul trebuie ghidat în așa fel încât să nu se mai concentreze în mod prioritar asupra simptomelor, ci să-și îndrepte atenția stărilor emoționale și gândurilor negative (interpretări eronate) legate de acestea.

Prezentăm un dialog realizat de către terapeut și pacient în cursul primei ședințe de psihoterapie.

T: Dacă am înțeles bine, vă faceți de mai multă vreme griji în legătură cu starea de sănătate. Ce ați întreprins pentru a vă rezolva problema?
P: M-am prezentat de mai multe ori la medic, am făcut analize și o electrocardiogramă. Toate au ieșit normale.
T: Credeți că vizitele la medic și investigațiile v-au fost de vreun folos?
P: M-am liniștit pentru puțin timp, dar atunci când am simțit din nou o jenă în piept temerile mele au reapărut.
T: Cele ce ați spus sunt foarte importante pentru înțelegerea problemei care vă supără. Ați afirmat că vizitele la doctor v-au liniștit și că totul a fost mai bine pentru un timp. Ce vă spune aceasta despre problema pe care o aveți?
P: Nu știu. Nu mi-aș face griji dacă nu aș simți o jenă în zona pieptului.
T: Asigurările ar rezolva situația dacă ar fi vorba de o problemă somatică?
P: Nu, nu cred.
T: Și ce vă sugerează acest lucru?
P: Că este vorba de tendința mea de a-mi face multe griji.
T: Așa este. Este posibil ca o parte a problemei dumneavoastră să aibă de-a face mai mult cu îngrijorările din cauza sănătății decât cu prezența unei boli serioase.
P: Ei bine, nu sunt sigur. Mă voi mai gândi la acest lucru. Totuși, nu mă cuprinde teama decât atunci când simt o presiune în piept.
T: După cum se poate constata, controalele medicale nu v-au dus prea departe. Ce ar fi să încercați și un tratament psihologic, care să dureze douăsprezece ședințe? Nu aveți nimic de pierdut.
P: Dar nu sunt sigur că va da rezultate.
T: Veți avea oricum ceva de câștigat. Dacă tratamentul dă rezultate va fi cu atât mai bine, iar dacă nu, medicul de familie va fi mai motivat să găsească pentru dumneavoastră și alte alternative de terapie.
P: Cred că aveți dreptate.

Odată ce pacientul a acceptat psihoterapia, se va trece la prezentarea modelului cognitiv al tulburării hipocondriace, model ce se va aplica la cazul concret cu care se confruntă terapeutul.

Maria, o farmacistă de 41 de ani, își face în permanență griji deoarece se teme că ar putea avea un cancer mamar. Toate investigațiile de laborator au ieșit bune. În cursul dialogului terapeutic se vor identifica elementul declanșator, precum și factorii cognitivi, afectivi și comportamentali care mențin preocuparea patologică pentru starea de sănătate și convingerea eronată că pacienta suferă de boala de care

se teme. Pornind de la datele obținute, terapeutul va elabora schema cognitivă a tulburării.

T: Aș dori să-mi spui mai multe despre temerile tale în legătură cu sănătatea. Ți-ai făcut griji în ultima săptămână?
M: Îmi fac griji mereu. Nu pot scăpa de chinul acesta.
T: În ce constau fricile și grijile tale?
M: Mă tem că am cancer. Am observat o mică umflătură sub brat și cred că despre asta este vorba.
T: Apreciază pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crezi că ai cancer.
M: Cam 60% când mă aflu aici în cabinet, dar când sunt singură acasă sunt aproape convinsă.
T: Ce anume te aduce în starea asta?
M: Când observ vreo umflătură cât de mică sub braț sau pe sân încep să-mi fac griji. Am citit mai multe articole pe tema asta și am constatat că mulți factori de risc acționează și în cazul meu.
T: Dacă am înțeles bine, observarea unei umflături, lectura unor materiale pe această temă sau faptul că auzi ceva despre asta te fac să te îngrijorezi. Îți controlezi mereu corpul, nu-i așa?
M: Da. Îmi examinez mereu sânii și privesc sub axilă pentru a vedea dacă nu apare vreun nodul.
T: Cât de fercvent faci acest lucru?
M: Depinde. Uneori o dată pe zi, alteori de fiecare dată când mă spăl, iar alteori chiar de 10 - 15 ori pe zi.
T: Îți mai verifici și alte zone ale corpului?
M: Uneori mă privesc în oglindă să văd dacă nu m-am schimbat la față, dacă nu am îmbătrânit cumva.
T: Ce ar însemna dacă ai observa vreo schimbare?
M: Ar însemna că am cancer.
T: Și atunci când te uiți în oglindă, ce observi?
M: Că arăt ca de obicei.
T: Există unele lucruri pe care le eviți?
M: Nu mă uit la emisiunile medicale, la filmele în care este vorba de persoane bolnave, nu mai citesc articole de acest gen.
T: Le povestești celorlalți ceea ce simți și ai tendința de a cere asigurări?
M: Am fost la medic de mai multe ori și cred că s-a plictisit deja de mine. Mi-a spus că umflătura de sub braț nu este ceva serios și că ar fi de dorit să revin peste câteva luni.
T: Ai mai discutat problema ta și cu alte persoane?
M: I-am povestit soțului meu, dar și el s-a săturat să audă mereu același lucru.
T: Se pare că ceilalți oameni nu-ți acordă atenția cuvenită.

M: Se pare că nu le pasă. Port singură această povară. Uneori mă gândesc la faptul că doar eu voi muri. (Pacienta plânge.)
T: Sunt sigură că aceste gânduri te întristează foarte mult. Le vom discuta mai târziu pentru că ele sunt foarte importante pentru tine. Să ne întoarcem acum la gândurile tale legate de boală, se modifică ele în vreun fel?
M: Nu mi le pot scoate din minte. Încerc să-mi spun că exagerez, dar acest lucru nu-mi folosește la nimic. Cu cât mă gândesc mai mult, cu atât mă simt mai rău.
T: Se pare că îți petreci mult timp gândindu-te la aceste lucruri. Nu ți se întâmplă să încerci să nu te gândești?
M: Ba da. Încerc să-mi abat atenția găsindu-mi diverse ocupații.
T: Utilizezi vreun fel de superstiții, ca de pildă să nu te gândești la lucruri bune pentru a nu se întâmpla ceva rău sau să faci ceva într-un fel anume, ca ritual, de pildă?
M: Nu las pe nimeni să pomenească cuvântul „moarte", iar dacă întâlnesc vreun cortegiu funerar îmi încrucișez degetele, în același timp mă tem să fiu prea bine dispusă pentru a nu-mi merge rău.
T: Mi-am făcut deja o idee despre cum stau lucrurile. Aș dori să mai știu care sunt stările tale emoționale atunci când îți faci griji.
M: Mă simt foarte speriată și deprimată pentru că nu pot face față acestei probleme.
T: Atunci când te simți speriată, ai și unele senzații fiziologice?
M: Inima mea bate foarte repede și am senzația că mă sufoc.
T: Ce simți atunci când ești deprimată?
M: Mă simt epuizată și îmi dau seama că nu mai pot continua așa.
T: Am notat ceea ce mi-ai spus și am realizat o schemă care explică ceea ce ți se întâmplă. Este vorba despre un fel de cerc vicios, pe care va trebui să-l distrugem împreună.

Succesul psihoterapiei va depinde în mare măsură de acceptarea de către pacientul hipocondriac a explicației psihologice date problemei. În cazul în care tulburarea hipocondriacă este asociată cu atacuri de panică este indicat ca terapeutul să abordeze mai întâi atacurile de panică și apoi problematica legată de teama de existență a unei boli grave.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tehnicile psihoterapeutice utilizate în cazul tulburărilor hipocondriace

„Demitizarea" simptomelor

Analizarea modului de producere a unor simptome, cum ar fi ameţelile, palpitaţiile, constricţia toracică etc., va fi făcută de către terapeut pentru a-i demonstra pacientului că acestea nu sunt neapărat semnele unei boli grave. Astfel, de pildă, în cazul în care ameţelile apar mai mult dimineaţa şi în zilele lucrătoare, terapeutul va adresa pacientului întrebări de tipul următor: „Dacă ar fi adevărat că suferi de o boală gravă, cum îţi explici că ameţelile tale nu apar în weekend sau în concediu?"

Se vor discuta, în continuare, cauzele posibile ale respectivelor simptome: stresul, consumul de cafea, fumatul, cădere de calciu etc. Pentru ca această strategie să dea rezultate este necesară o înregistrare zilnică a modului de apariţie şi manifestare a simptomelor.

Trecerea în revistă a impactului produs de solicitarea de asigurări

La pacienţii hipocondriaci se constată că asigurările, inclusiv controalele medicale şi analizele de laborator, produc uşurare, cel puţin pentru moment. Psihoterapeutul va utiliza această situaţie pentru a conştientiza cauza reală a acestor simptome. („Dacă asigurările fac simptomele să dispară, ce poţi să spui despre cauza lor?")

Întrebările care vor fi adresate pacientului sunt de tipul următor: „Ce se întâmplă cu simptomele tale atunci când medicul îţi spune că nu sunt serioase?", „Dacă asigurările te fac să te simţi mai bine, mai poate fi vorba de o boală serioasă?", „Reprezintă asigurările un tratament pentru cancer sau pentru vreo boală gravă de inimă?"

Comportamentele de evitare pot fi şi ele utilizate pentru a demonstra natura psihologică a simptomelor. Astfel, de pildă, dacă un pacient evită să citească articole sau să urmărească emisiuni medicale legate de boală deoarece acestea ar putea să-i accentueze simptomele, este evident că acestea au un caracter psihogen („Cum ar putea lectura unor articole despre cancer să influenţeze în rău evoluţia unei tumori?").

Experimentele de orientare a atenției spre interior
(Experimente de atenție selectivă)

Terapeutul va solicita pacientul să se concentreze asupra unor senzații fiziologice pe care în mod normal nici nu le observă, în continuare se va sublinia asemănarea dintre verificările corporale pe care le realizează hipocondriacul și acest gen de experimente. În urma acestor experimente pacientul trebuie să conștientizeze faptul că o concentare asupra unor procese fiziologice produce o intensificare a acestora, fapt ce este interpretat de către hipocondriac ca reprezentând semnul bolii grave de care suferă.

Restructurarea cognitivă

Restructurarea cognitivă în cazul pacienților hipocondriaci are drept obiectiv realizarea unei înțelegeri a problemei acestora. În unele cazuri modificarea concepției referitoare la existența unei boli grave este greu de înlăturat prin metoda contraargumentării. De exemplu, există pacienți care sunt convinși de faptul că suferă de o boală gravă, dar nu știu precis care este aceasta sau cred că afecțiunea are o evoluție lentă (ca în SIDA), și din acest motiv rezultatele la investigațiile de laborator pot să nu fie concludente, situație în care aducerea unor contraargumente verbale sau bazate pe experimente poate să nu dea rezultatele scontate. Mai mult, chiar și tehnicile prin intermediul cărora se aduc explicații alternative simptomelor prezentate de pacient nu se dovedesc eficiente pe termen lung. Aceste strategii au tendința de a fi transformate de pacient într-o solicitare de asigurări repetate, acesta prezentându-se la fiecare ședință de psihoterapie cu noi simptome ce trebuie explicate.

Succesul psihoterapiei cognitiv-comportamentale în cazul hipocondriacilor depinde de abilitatea terapeutului de a comuta atenția pacientului de la simptome la gândurile și comportamentele asociate cu acestea.

Experimentele din sfera comportamentală
(Verificarea previziunilor pacientului)

Provocarea directă a convingerilor legate de boală poate fi utilizată în cazul în care pot fi formulate predicții concrete în legătură cu aceasta. De pildă, în cazul în care acesta crede că are ceva serios la inimă, se pot formula previziuni referitoare la condițiile în care boala se

va manifesta și catastrofa va avea loc. Exercițiile fizice pot fi utilizate pentru a infirma o astfel de convingere.

Ca și în cazul atacurilor de panică, analiza comportamentelor de asigurare/evitare va furniza terapeutului informațiile pe baza cărora să construiască experimentele din sfera comportamentală.

Wells (1999) ne prezintă cazul unui pacient de 34 de ani, clinic sănătos, care nutrea de doi ani convingerea patologică legată de faptul că suferă de o boală degenerativă ce presupune o atrofie musculară.

T: Există anumite activități pe care le eviți pentru a nu-ți înrăutăți situația?
P: Nu mai joc fotbal, nu mai fac prea multe lucruri în gospodărie, iar dacă fac un cât de mic exercițiu fizic, obosesc.
T: Întreprinzi ceva pentru a te simți mai bine?
P: Caut să mă odihnesc cât mai mult.
T: Cum te ajută aceasta la afecțiunea ta musculară?
P: Dacă nu-mi solicit musculatura, aceasta nu va obosi și nu se va deteriora.
T: În cazul în care suferi de o atrofiere musculară și îți soliciți mușchii, care este cel mai rău lucru care se poate întâmpla?
P: Musculatura mea va slăbi și nu mă voi mai putea ține pe picioare.
T: Se pare că dovada cea mai evidentă a faptului că suferi de o boală care conduce la atrofia mușchilor este senzația de oboseală și slăbiciune. Aș dori să verificăm acum cât de slabă este musculatura picioarelor tale sau dacă vei cădea jos dacă îți utilizezi mușchii. Ce zici de asta?
P: Înțeleg. Probabil că nu voi cădea, dar mă voi simți mult mai rău.
T: Probabil că există o diferență între a te simți slăbit și a fi cu adevărat slăbit. Cât de mult crezi că mușchii picioarelor tale sunt slăbiți în momentul de față din cauza bolii?
P: Cam în proporție de 60%.
Terapeutul solicită pacientul să execute un număr de genuflexiuni.
T: În ce stare sunt mușchii tăi în acest moment?
P: Foarte slăbiți. Nu mai pot face niciun exercițiu.
T: Aș dori să mai forțăm puțin pentru a ne asigura dacă într-adevăr este ceva în neregulă. Te rog să alergi până la poarta clinicii și înapoi. (Pacientul execută exercițiul.)
T: Acum te rog să stai într-un picior și să-l balansezi pe celălalt. Acum te rog să-mi spui cât de mult crezi că mușchii tăi sunt slăbiți?
P: Ei bine, nu par prea slăbiți.
T: Cât de mult mai ești convins că suferi de o atrofiere musculară?
P: Cam în proporție de 10%.
T: Ce te mai face să crezi în cele 10 procente?
P: Mai am totuși senzația de oboseală și de slăbiciune.

T: Hai să intrăm în cabinet și să căutăm împreună și alte explicații posibile pentru aceste simptome. Eu sunt convins că ele apar mai ales datorită modului în care te comporți și nu datorită bolii. (Terapeutul va discuta cu pacientul despre efectele lipsei de exercițiu fizic și ale odihnei excesive, care dau senzația de oboseală și slăbiciune musculară.)

Tehnica interviului

Această tehnică implică observarea și chestionarea altor persoane în legătură cu diversele simptome pe care le trăiesc pacienții. Obiectivul acestei tehnici este „normalizarea" tendinței exagerate de interpretare a unor senzații fiziologice sau simptome. Astfel, terapeutul și pacientul intervievează câteva persoane care nu suferă de boli cardiace și dintre care multe relatează că au avut de nenumărate ori modificări ale ritmului cardiac. În felul acesta se urmărește combaterea ideii că iregularitățile de ritm cardiac ar reprezenta simptomele unei boli grave.

Tehnicile paradoxale

Pacientul hipocondriac este instruit să accentueze cât poate de mult explorările propriului corp, precum și ruminațiile legate de o posibilă boală organică. În felul acesta i se demonstrează pacientului modul în care concentrarea atenției accentuează simptomele și stările emoționale legate de interpretarea eronată a acestora.

Stoparea controalelor medicale

Pentru accelerarea demersului terapeutic este de dorit ca pacientul să renunțe la numeroasele controale medicale pe care are tendința să le efectueze. Acest lucru este destul de dificil mai ales atunci când pacientul refuză să renunțe la ele. Când se întâmplă acest lucru, rezultatele controalelor medicale trebuie utilizate, ca și experimentele din sfera comportamentală, pentru a demonstra pacientului modul în care simptomele se ameliorează în urma asigurărilor, fapt ce evidențiază caracterul lor psihogen. Mai mult, terapeutul va realiza previziuni în legătură cu modul în care pacientul va interpreta rezultatele negative ale controalelor medicale.

Reducerea frecvenței solicitării de asigurări

Influența căutării de asigurări asupra menținerii anxietății legate de starea de sănătate trebuie discutată în detaliu cu pacientul, aceas-

ta făcând parte din tratamentul psihoterapeutic. Pacientului trebuie să i se explice că solicitarea de asigurări, mai ales prin intermediul controalelor și investigațiilor medicale, nu va face decât să-i furnizeze acestuia informații contradictorii, întărindu-i convingerea că medicii sunt incompetenți și că este ceva cu adevărat în neregulă cu el dacă nu i se identifică boala de care suferă.

Terapeutul va realiza împreună cu pacientul o analiză a avantajelor și dezavantajelor pe care le are acesta în urma investigațiilor medicale solicitate, demonstrându-se că dezavantajele vor fi mult mai numeroase decât avantajele, fapt ce va întări motivația pacientului să renunțe la permanenta căutare de asigurări. Totodată terapeutul va ghida pacientul și în direcția modificării strategiei de solicitare a unor controale medicale. Astfel, acesta va fi sfătuit să amâne cât mai mult controalele și, în loc să se adreseze imediat medicului sau să solicite analize, să noteze simptomele într-un jurnal și să le prezinte medicului după un interval mai mare de timp. Solicitarea de a nota simptomele reprezintă o modalitate de a contracara teama pacientului că va uita de acestea și astfel se va expune unui mare risc de îmbolnăvire.

Automonitorizarea

Pacientului i se va cere să noteze, de asemenea, variabilele care influențează simptomele: factorii de stres, consumul de cafea sau alcool, regimul alimentar, calitatea somnului, perioadele de odihnă etc. Acești factori vor influența apariția și accentuarea simptomelor și vor putea fi utilizați de către terapeut pentru a aduce contraargumente împotriva existenței unei afecțiuni somatice grave.

O mare parte a pacienților hipocondriaci vor avea tendința de a solicita asigurări și din partea psihoterapeutului în timpul ședințelor de psihoterapie. Acești pacienți își vor interoga terapeutul în legătură cu cauzele unor simptome mai vechi sau mai recente și vor căuta să prezinte liste tot mai lungi cu simptome. Terapeutul va trebui să lupte cu abilitate împotriva acestei tendințe care sabotează psihoterapia și care, de multe ori, ascunde convingerile eronate că psihoterapeutul trebuie să știe totul despre simptome și cauzele acestora sau că specialiștii în domeniul sănătății au tendința de a trece cu vederea anumite detalii, și din acest motiv ele trebuie să le fie permanent reamintite. Așa cum am subliniat mai sus, psihoterapeutul nu trebuie să se lase prins în capcana izvorâtă din nevoia pacientului de a obține explicații pentru tot ceea ce simte acesta.

Monitorizarea gândurilor negative referitoare la starea de sănătate

Notarea gândurilor negative automate în legătură cu starea de sănătate reprezintă un prim pas în cadrul demersului de înlocuire a acestora cu gânduri mai raționale.

Identificarea factorilor declanșatori ai anxietății legate de starea de sănătate va fi utilizată ca argument în favoarea caracterului psihogen al simptomelor. Reevaluarea nivelului la care pacientul mai crede în gândurile negative automate se va realiza după ce au fost aplicate tehnicile psihoterapiei cognitive de combatere a acestora și de înlocuire a lor cu gânduri alternative raționale. Reamintim că obiectivul terapiei constă în formarea și consolidarea unor convingeri raționale alternative, odată cu reducerea gândurilor și convingerilor legate de faptul că persoana în cauză suferă de o boală gravă.

Elaborarea diagramelor referitoare la cauzele posibile ale simptomelor

Una dintre caracteristicile cele mai importante ale pacienților hipocondriaci constă în supraestimarea cauzelor unor simptome, cauze care ar putea sugera prezența unei boli grave. Terapeutul va colabora cu pacientul pentru a elabora o listă cât mai completă a cauzelor posibile ale simptomelor de care acesta se teme. Se desenează apoi o diagramă circulară în cadrul căreia pacientul va aprecia în procente cauzele posibile care ar putea genera simptomul.

Metoda „piramidei inversate" (Wells, 1999)

Este o tehnică asemănătoare cu cea prezentată mai sus și are rolul de a-i demonstra pacientului tendința sa de a exagera evenimentele. Aceasta constă în a-i solicita pacientului să aprecieze ce procent din populație suferă de un anumit simptom, la cât de multe persoane simptomul persistă sau se repetă, cât de mulți se adresează medicului sau solicită investigații de laborator pentru problema respectivă.

Anca, o avocată de 39 de ani, are uneori dureri de cap și trăiește o teamă intensă că suferă de o tumoră cerebrală. Dialogul purtat cu psihoterapeutul este următorul:

T: Cât de mult crezi că durerea ta de cap este simptomul unei tumori cerebrale?
A: În proporție de aproximativ 60%.

BCU IASI - CENTRUL UNIVERSITAR LIBRARY

T: Hai să examinăm problema ta. Câți oameni din București se trezesc dimineața cu dureri de cap? Apreciază aproximativ.
A: Să spunem 3 000 de oameni, poate ceva mai mulți.
T: Bine. La câte persoane mai persistă durerea de cap până seara?
A: Să spunem la 1 000.
T: Câți dintre aceștia mai suferă de dureri de cap și a doua zi dimineața?
A: Poate 200.
T: Câți dintre aceștia mai au dureri de cap și după trei zile?
A: Poate 50.
T: Câți dintre ei se adresează medicului de familie care le recomandă investigații?
A: Probabil 15.
T: Și la câți dintre aceștia crezi că vor fi identificate probleme serioase?
A: Poate la vreo 4.
T: La câți dintre aceștia se identifică o tumoră cerebrală?
A: Probabil la o persoană sau două.
T: După cum ai afirmat singură, te înscrii într-un procent foarte mic. Cât de sigură mai ești acum că durerea ta de cap este simptomul unei tumori cerebrale?

Identificarea erorilor de logică

Pacienții vor fi ghidați să identifice principalele distorsionări cognitive care stau la baza menținerii problemei. În cazul tulburării hipocondriace, distorsionările cognitive cel mai frecvent întâlnite sunt: catastrofizarea, gândirea dihotomică (de tip „alb-negru") și abstracția selectivă.

Identificarea erorilor de gândire va fi utilizată ca un prim pas în cadrul demersului terapeutic de combatere a gândurilor și convingerilor negative și de înlocuire a acestora cu unele mai realiste. În cazul unor pacienți hipocondriaci interpretările exagerate ale unor senzații sau simptome au loc sub formă de imagini. Astfel, aceștia își văd „inima explodând sau oprindu-se, „corpul invadat" de tumori canceroase etc. În asemenea cazuri adresarea de întrebări cu caracter provocator pentru gândurile și convingerile negative este mai puțin eficientă decât la cei la care acestea se exprimă în plan predominant verbal. În aceste cazuri este mult mai utilă manipularea imaginilor de către terapeut.

Într-o primă etapă terapeutul va explica acestor pacienți faptul că blocarea voluntară a imaginilor terifiante îi împiedică să evalueze corect gradul lor de veridicitate. În continuare pacienții sunt solicitați să mențină imaginile pe ecranul mental, iar acestea vor fi provocate prin întrebări care să pună la îndoială veridicitatea lor. Sunt adminis-

trate apoi informații cu caracter corectiv, informații ce vor fi încorporate procesului de imaginație dirijată, astfel încât acestea să capete un alt conținut, neanxiogen. Tehnica dă rezultate superioare dacă este realizată în stare de relaxare sau hipnoză.

Strategia celor două coloane (adaptată după Wells, 1999)

Pacientului i se cere să împartă o foaie în două coloane, în prima fiind notate dovezile legate de faptul că suferă de o boală gravă, iar în a doua cele legate de faptul că el doar crede că are o boală organică.

Abordarea îngrijorărilor și ruminațiilor interioare

Marea majoritatea a pacienților hipocondriaci petrec perioade lungi în care nu fac altceva decât să se gândească la simptomele lor, făcându-și tot felul de griji în legătură cu cauzele posibile ale problemelor lor, cu implicațiile așa-zisei boli sau ale morții. Mulți dintre aceștia nutresc tot felul de gânduri superstițioase: dacă nu se vor îngrijora suficient, boala lor se va înrăutăți sau prin intermediul gândirii negative ei vor evita să fie pedepsiți de Dumnezeu. Mai mult, ei cred adesea că gândirea pozitivă reprezintă o provocare a destinului, care le va aduce doar nenorociri.

Convingerile negative legate de utilitatea îngrijorărilor se pot referi și la ideea pe care o au unii pacienți că acestea mențin vigilența și astfel pot fi detectate imediat primele semne de boală, luându-se măsurile necesare. În astfel de situații, terapeutul va aborda și aceste convingeri prin mijloacele specifice terapiei cognitiv-comportamentale (Wells, 1995; Wells și Hackmann, 1993).

Radu, un inginer de 49 de ani suferind de tulburare hipocondriacă, nutrește convingerea că gândirea pozitivă este periculoasă.

T: Dacă am înțeles bine, dacă îți permiți să gândești pozitiv în legătură cu starea ta de sănătate, crezi că se va întâmpla ceva rău.

R: Da, este rău să fii prea optimist pentru că poți provoca destinul.

T: Și ce se va întâmpla dacă provoci destinul?

R: Ei bine, m-aș putea îmbolnăvi rău.

T: Deci gândind pozitiv te-ai putea îmbolnăvi? Cum ar putea gândurile pozitive să producă acest lucru?

R: Nu știu. Pare absurd, dar este posibil ca Dumnezeu să mă pedepsească pentru că sunt prea optimist.

T: Nu prea se potrivește ceea ce spui cu noțiunea de Dumnezeu din Biblie. Ce fel de Dumnezeu este acela care îi pedepsește pe oameni pentru că sunt fericiți, au credință și gândesc pozitiv?
R: Bunica îmi spunea când eram copil că este rău să fii prea fericit.
T: Se potrivește concepția ta cu concepția generală despre Dumnezeu?
R: Nu, nu prea se potrivește.
T: Într-adevăr, nu prea se potrivește concepția ta cu concepția religioasă general acceptată. Am mai observat ceva curios în legătură cu convingerile tale. Tu pari să crezi că modul tău de gândire ar putea influența voința lui Dumnezeu. Chiar te crezi atât de puternic?
R: (râde) Sigur că nu. Chiar nu cred așa ceva.
T: Bine. Examinând acum problema cu mai multă atenție, cât de mult mai crezi că a gândi într-un anumit mod te va proteja de Dumnezeu?
R: Acum, după ce am discutat, mi se pare absurd.
T: Ce ar fi să facem un mic experiment? Nu-ți face griji timp de o săptămână și acordă-ți câte o jumătate de oră pe zi în care să te relaxezi și să-ți spui în gând că ești perfect sănătos și în formă și vom vedea în ce dispoziție te vei afla și dacă se întâmplă ceva rău.

O altă modalitate de abordare a tendinței subiectului de a-și face griji constă în examinarea avantajelor și dezavantajelor îngrijorărilor, rezultatul analizei fiind net în favoarea abandonării acestora.

Modificarea supozițiilor și convingerilor negative disfuncționale

Așa cum am mai subliniat, pacienții hipocondriaci nutresc tot felul de convingeri absurde. Unele sunt de tip superstițios și se referă la ideea că Dumnezeu i-ar putea pedepsi prin boală sau moarte timpurie, altele legate de faptul că familia nu s-ar putea descurca fără ei sau că boala le-ar aduce pierderea respectului de sine sau din partea celorlalți. Sunt prezente și convingeri ce țin de viața de apoi, pacienții imaginându-și cum vor privi din ceruri și vor vedea cum suferă ceilalți din pricina decesului lor sau faptul că ei vor suferi veșnic pentru că sunt despărțiți de cei dragi.

Mulți pacienți nutresc convingerea că stresul și anxietatea le pot produce boli grave, mai ales cardiace, sau că orice asimetrie corporală apărută odată cu vârsta este semnul unei afecțiuni somatice severe. Majoritatea acestor convingeri nu pot fi destructurate prin intermediul experimentelor din sfera comportamentală, metoda cea mai potrivită fiind o combinație între dialogul socratic, furnizarea unor informații și generarea disonanței cognitive.

Prezentăm mai jos un model de dialog menit să destructureze convingerile superstiţioase prin metoda disonanţei cognitive (Wells, 1999). Metoda urmăreşte să activeze convingerile preexistente ale pacientului şi să utilizeze logica pentru a genera contradicţii între acestea şi convingerile negative disfuncţionale.

T: Aşadar, crezi că dacă eşti convins că eşti sănătos şi te simţi bine vei provoca destinul şi Dumnezeu te va pedepsi? Cât de mult crezi acest lucru?
P: Cam în proporţie de 60%.
T: Consideri că eşti o persoană puternică?
P: Nu, deloc.
T: Se pare totuşi că îţi închipui că îl controlezi pe Dumnezeu prin intermediul gândurilor tale. Nu crezi că cineva care poate realiza acest lucru este mai puternic decât însuşi Dumnezeu?
P: Adevărat. Un astfel de gând reprezintă o blasfemie. Nu cred aşa ceva.
T: Din discuţiile noastre anterioare am dedus că eşti o persoană religioasă. Ce fel de entitate crezi că este Dumnezeu?
P: Blând, iertător şi iubitor de oameni. Nu cred în cazanele iadului.
T: Se pare că există o contradicţie în convingerile tale: Dumnezeu te va lovi pentru că nutreşti gânduri pozitive în legătură cu propria stare de sănătate şi în acelaşi timp crezi că el este blând şi iubitor de oameni.
P: Într-adevăr, din punct de vedere logic lucrurile nu se prea potrivesc.
T: Acum, după discuţia noastră, cât de mult mai crezi că Dumnezeu te va pedepsi pentru că nutreşti gânduri pozitive în legătură cu starea ta de sănătate?
P: Nu mai cred deloc aşa ceva.

În continuare terapeutul va recomanda pacientului ca temă pentru acasă să provoace destinul în fiecare zi timp de o săptămână pentru a verifica dacă lucrul rău de care se teme se va petrece cu adevărat. Acesta a relatat că nu numai că nu s-a întâmplat nimic, dar a constatat şi o serioasă ameliorare a stării afective.

Reducerea gândurilor legate de teama de moarte prin metoda dialogului socratic (Wells, 1999)

Terapeutul va explora mai întâi semnificaţia gândurilor şi temerilor pacientului, înainte de a proceda la modificarea acestora. Pacienta Magdalena, de 48 de ani, economistă, diagnosticată cu tulburare hipocondriac, este măcinată de teama de moarte.

T: Ce te temi că se va întâmpla atunci când vei muri?

BCU "Ovidius" Constanţa

M: Nu știu. Încerc să nu mă gândesc la asta.
T: Care ar fi cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla atunci când vei muri?
M: Mă gândesc la ceea ce se va întâmpla atunci cu trupul meu.
T: Ce se va întâmpla?
M: Atunci când ești îngropat vei fi mâncat de viermi și acest lucru este groaznic.
T: Dacă acest lucru ar fi adevărat, de ce ar fi atât de îngrozitor?
M: Nu știu, este oribil.
T: Nu este un lucru prea plăcut la care să te gândești, dar ar fi chiar atât de oribil atunci când ești moartă?
M: Da, cred că ar fi.
T: După câte înțeleg, crezi că vei mai rămâne conștientă după ce vei muri?
M: Mă tem că aș putea să simt sau să-mi dau seama de ceea ce se petrece.
T: Un aspect important al fricilor tale ține de convingerea ta că vei continua să existi într-o formă oarecare și după moarte, nu-i așa?
M: Da, despre asta este vorba. Dar dacă totuși se întâmplă așa ceva?
T: Toate religiile afirmă că odată cu moartea spiritul se eliberează și părăsește corpul, care se descompune datorită activității unor bacterii. După discuția noastră, te mai temi tot atât de mult de ceea ce se va petrece după moarte?

Tehnica imaginației dirijate

Imaginile mentale joacă un rol foarte important în cadrul interpretărilor eronate realizate de către pacienții hipocondriaci. Din acest motiv, modificarea imaginilor anxiogene reprezintă una din modalitățile importante de terapie a acestei afecțiuni.

Tehnica imaginației dirijate dă rezultate mult mai bune atunci când este aplicată în stare de relaxare sau hipnoză. Există două modalități de utilizare a acestei metode.

• Prima se referă la desensibilizarea sistematică, în cadrul căreia se realizează o ierarhie a situațiilor anxiogene (în cazul de față, a temerilor legate de starea de sănătate), pacientul aflat în stare de relaxare fiind solicitat să se confrunte cu acestea până când anxietatea devine foarte puternică. Se trece la imaginea următoare abia atunci când anxietatea legată de imaginea anterioară s-a redus aproape total.

• A doua modalitate de utilizare a tehnicii imaginației dirijate constă în modificarea conținutului imaginii anxiogene.

Astfel, de pildă, o pacientă care vizualiza permanent imaginea propriei înmormântări, ea văzându-se în sicriu, înconjurată de rudele îndurerate, a fost solicitată, în stare de hipnoză, să-și imagineze că se

ridică din sicriu și anunță familia că a fost doar o glumă pentru a se convinge de modul în care vor reacționa rudele.

Paradoxal, unii pacienți hipocondriaci care se tem că ar putea avea o boală gravă pun în acțiune comportamente nesănătoase, cum ar fi fumatul sau consumul abuziv de alcool, în astfel de situații, una dintre sarcinile importante ale terapeutului constă în motivarea pacientului să elimine aceste comportamente de risc și să adopte un stil de viață mai sănătos.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

VIII
Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul tulburărilor obsesiv-compulsive

Trăsătura esențială a tulburării obsesiv-compulsive constă în apariția unor obsesii sau compulsii, care îl determină pe subiect să-și piardă timpul cu ele — durează mai mult de o oră pe zi — și îi produc acestuia un disconfort serios (DSM IV; APA, 1994).

Obsesiile reprezintă gânduri, impulsuri sau imagini cu caracter persistent, care sunt trăite de subiect ca având un caracter intruziv și neadecvat. Astfel, de pildă, o persoană respectabilă poate fi obsedată de ideea că va pălmui trecătorii sau le va adresa injurii.

Cele mai răspândite obsesii sunt cele legate de contaminare (subiectul este obsedat că se va infecta dacă va atinge anumite obiecte sau va da mâna cu diverse persoane), obsesiile cu caracter dubitativ (se gândește în mod obsesiv dacă a închis sau nu gazele etc.), impulsurile cu caracter agresiv sau neadecvat (obsesia că își va ucide copilul, că va striga în biserică etc.), precum și imaginile cu conținut sexual (imagini recurente de tip pornografic). Obsesiile trebuie diferențiate de alte gânduri cu conținut intruziv, cum ar fi, de pildă, îngrijorările (Wells, 1994; Wells și Morrison, 1994).

Compulsiunile reprezintă comportamente repetitive cu caracter deschis sau mascat. Compulsiunile cu caracter deschis pot fi: spălatul pe mâini de un număr foarte mare de ori pe zi, verificările, ordonarea și aranjarea unor obiecte etc. Compulsiunile mascate reprezintă acte mentale cum ar fi: rugăciunile, număratul sau repetarea unor cuvinte.

Obiectivul acestor acțiuni îl reprezintă prevenirea sau reducerea anxietății. Din punctul de vedere al teoriei cognitive, ele au rolul de a neutraliza sau preveni producerea unor evenimente anxiogene. În unele cazuri, subiecții realizează unele acțiuni stereotipe,

bazate pe reguli rigide, fără a putea da vreo explicație de ce procedează astfel.

Conform criteriilor Manualului DSM IV, subiecții care suferă de tulburare obsesiv-compulsivă trebuie să fi recunoscut faptul că în anumite perioade obsesiile și compulsiunile lor au un caracter nerezonabil și se manifestă în exces. Există și cazuri când obsesiile ating o intensitate delirantă, pacienții fiind convinși de realitatea lor, în ciuda evidenței care demonstrează contrariul. Astfel, de pildă, un pacient era obsedat de ideea că gândurile sale negative au produs decesul unei persoane.

Ruminațiile cu caracter depresiv sau anxios nu sunt considerate obsesii pentru că ideile respective nu sunt egodistonice (nu vin în contradicție cu sistemul ideativ general al persoanei); în cazul în care subiectul nutrește gânduri și temeri legate de faptul că ar putea avea o boală gravă, acesta va fi diagnosticat cu tulburare hipocondriacă. Cu toate acestea, dacă el prezintă și ritualuri repetitive și absurde (cum ar fi, de pildă, spălatul compulsiv pe mâini), i se poate adăuga și diagnosticul suplimentar de tulburare obsesiv-compulsivă. O tematică uzuală a pacienților cu tulburare obsesiv-compulsivă se referă la tendința de a face rău cuiva, urmată de tendința de a preveni acest rău potențial. Obsesia spălatului seamănă mai mult cu o fobie, deoarece subiectul se teme de contaminare și dezvoltă comportamente de evitare pentru a preveni contaminarea.

Principalele tipuri de obsesii sunt:

– de contaminare;

– de violență fizică a propriei persoane sau a celorlalți (de exemplu: „Îmi voi ucide copilul"; pacienta nu rămâne singură cu copilul; caută asigurări; ascunde cuțitele, pungile de plastic etc.);

– obsesia morții (de exemplu: are imaginea ființelor dragi moarte);

– obsesia accidentelor;

– obsesia unui comportament inacceptabil (de exemplu: „O să spun o obscenitate"; pacientul încearcă să-și păstreze controlul; evită situațiile sociale; îi întreabă pe ceilalți dacă comportamentul său a fost acceptabil într-o anumită situație);

– obsesiile sexuale — preocupări pentru organele sexuale sau acte sexuale inacceptabile (de exemplu: „Voi comite un viol"; pacientul evită să stea singur cu o femeie; încearcă să-și abată gândul de la problemele sexuale);

– obsesiile religioase (îndoieli cu privire la religie; blasfemii);

– obsesia ordinii (lucrurile să fie la locul lor, acțiunile să se desfășoare într-o anumită ordine);

– obsesiile fără sens: fraze fără sens, imagini, melodii, numere (de exemplu: aude „în cap" melodia de la știri în timp ce citește și din acest motiv repetă unele acțiuni până când reușește să citească același pasaj fără să mai audă melodia).

Modelul cognitiv al tulburării obsesiv-compulsive

Numeroși autori au căutat explicații teoretice de tip cognitivist pentru această tulburare. Astfel, McFall și Wollersheim (1979) au subliniat rolul convingerilor de tip perfecționist în declanșarea afecțiunii, Rachman (1976) și Salkovskis (1985) s-au referit la o exacerbare a sentimentului responsabilității, Reed (1985), Persons și Foa (1984), Sher, Mann și Frost (1984) au postulat ideea unei anormalități în cadrul procesului de luare de decizii, Rachman (1993) a afirmat că la acești subiecți se produce o fuziune între gândire și acțiune, iar Clark și Prudon (1993), precum și Wells și Matthews (1994) au pus în centrul modelului tulburării obsesiv-compulsive conceptul de convingeri metacognitive. Psihoterapia de orientare comportamentală utilizează tehnica expunerii la stimulii care reprezintă obiectul obsesiei, precum și tehnica preîntâmpinării comportamentelor de tip ritualist. Modelul cognitiv al tulburării obsesiv-complusive este mai complex și abordează și problematica gândurilor și convingerilor negative, disfuncționale.

Modelul cognitiv elaborat de Salkovskis (1989)

În conformitate cu acest model, pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă interpretează apariția cogniților cu conținut intruziv ca fiind un indicator al faptului că ei ar putea fi responsabili de producerea unui eveniment negativ dacă nu întreprind anumite acțiuni pentru a-l preveni.

Evaluarea semnificației gândurilor intruzive are la bază convingeri de tipul următor: „A nutri un gând legat de o anumită acțiune este același lucru cu realizarea efectivă a acțiunii; faptul de a nu neutraliza

gândul intruziv echivalează cu dorința ca acel fenomen negativ să se producă".

Evaluările cogniţiilor intruzive se manifestă sub forma gândurilor negative automate şi sunt amplificate de dispoziţia depresivă a subiectului, care nu le poate controla. Odată declanşate evaluările negative legate de obsesii, începe să se manifeste şi a doua componentă a tulburării obsesiv-compulsive: iniţierea comportamentelor de neutralizare, care pot fi interne (subiectul se străduieşte să gândească pozitiv) sau externe (persoana se spală în mod compulsiv pe mâini ca reacţie la gândul obsesiv legat de contaminare).

Reacţiile de neutralizare reduc disconfortul şi tendinţa subiectului de a-şi asuma responsabilităţi diverse, iar punerea în acţiune a acestor reacţii nu va face decât să activeze cogniţiile cu caracter intruziv, asociaţia gând intruziv–comportament de neutralizare acţionând sub forma unui cerc vicios.

O explicaţie posibilă a acestui fenomen ar putea consta în faptul că cu cât subiectul încearcă să înlăture gândurile nedorite, cu atât acestea devin mai puternice şi mai frecvente (Wegner, Schneider, Carter şi Whitc, 1987). În cadrul acestui model, reacţiile deschise sau mascate de neutralizare sunt motivate de prezenţa convingerilor referitoare la asumarea responsabilităţilor.

Conform modelului descris mai sus, psihoterapia cognitivă trebuie să se concentreze asupra modificării gândurilor negative automate şi convingerilor legate de asumarea responsabilităţii pentru producerea unui rău potenţial. Alţi teoreticieni sunt de părere că această abordare exagerează problema responsabilităţii. Altfel, Wells şi Matthews (1994; 1997) consideră că o atenţie sporită trebuie acordată şi convingerilor de tip metacognitiv referitoare la nevoia de a controla gândurile, precum şi la caracterul periculos al gândurilor intruzive. Aceşti autori postulează faptul că gândurile intruzive activează convingerile legate de semnificaţia acestora. Convingerile respective conţin informaţii referitoare la gândurile obsesive (intruzive), dar şi la reacţiile comportamentale.

Până la lucrările acestor autori, convingerile cu privire la răspunsurile comportamentale nu au fost luate în considerare de către ceilalţi teoreticieni. Aşa cum am arătat, conform modelului metacognitiv, convingerile referitoare la gândurile obsesive reprezintă elementul cel mai important în înţelegerea mecanismului tulburării obsesiv-compulsive.

Rachman (1993) a introdus conceptul de fuziune dintre gând și acțiune, concept care reprezintă de fapt convingerea de tip metacognitiv, conform căreia gândurile reprezintă același lucru cu acțiunile propriu-zise (de pildă, gândul că „îmi voi arunca copilul pe fereastră înseamnă că realmente o voi face").

Convingerile metacognitive se referă la consecințele posibile ale gândurilor (în sensul că pacientul crede că gândurile pot provoca evenimente reale), precum și la efectele acestora asupra unor acțiuni trecute („dacă gândesc că am făcut un lucru rău, probabil că l-am facut"). Aceste convingeri referitoare la fuziunea dintre gând și acțiune reprezintă sursa motivațională a unor reacții comportamentale, cum ar fi încercările de controlare a acțiunilor sau gândurilor. De pildă, dacă un pacient nutrește ideea că, dacă îi trece prin minte un gând negativ, el chiar a făcut ceva rău, individul respectiv se va angaja în tot felul de acțiuni concrete sau mentale (ritualuri) de verificare pentru a invalida gândul care îl obsedează. O pacientă obsedată de ideea că și-a strangulat copilul sugar verifica de nenumărate ori camera unde dormea copilul pentru a se convinge că nu a făcut acest lucru. Convingerea care se află la baza unor astfel de comportamente este: „Dacă nutresc acest gând rău, probabil că am făcut sau voi face fapta respectivă".

În majoritatea cazurilor, pacienții cu tulburare obsesiv-compulsivă resping în plan intelectual astfel de gânduri, deși în condițiile apariției unor factori declanșatori apar dubiile cu privire la gândurile respective, precum și necesitatea invalidării lor. Analizând acest model, putem presupune că la nivel supraordonat pacientul nutrește convingerea că gândurile obsesive (intruzive) reflectă realitatea.

În timp ce unele răspunsuri comportamentale, cum ar fi neutralizările cu caracter deschis sau tentativele de a-și controla gândurile, sunt îndreptate în direcția prevenirii așa-ziselor consecințe negative ale gândurilor obsesive, alte reacții comportamentale au drept scop eliberarea subiectului de disconfort și anxietate. Astfel, de pildă, pacienta care era obsedată de ideea că-și va strangula copilul verifica încăperea unde se afla acesta pentru a se elibera de ruminațiile sale interioare legate de faptul că a făcut acea faptă și nu pentru a o preveni.

Reducerea disconfortului în urma acestui tip de comportament nu face decât să întărească reacțiile respective de verificare sau neutralizare. Astfel, pacientul obsesiv va crede că neutralizările au un caracter benefic, în timp ce absența neutralizărilor va avea consecințe negative,

cel puțin în ceea ce privește perpetuarea anxietății și disconfortului. În același timp, ritualurile de prevenire și neutralizare devin, la rândul lor, o sursă de stres și disconfort, pentru că îl determină pe subiect să consume foarte mult timp și sunt apreciate de acesta ca necontrolabile și periculoase.

Următorul caz clinic ilustrează utilizarea comportamentelor de verificare pentru a stopa cercul vicios anxietate–ruminații interioare.

Dorin, un profesor în vârstă de 32 de ani, nutrea gândul obsesiv că a accidentat pe cineva cu mașina în timp ce conducea. Pacientul se întorcea din drum de mai multe ori pentru a verifica dacă nu a accidentat vreo persoană sau nu a ucis vreun animal, până când se convingea că nu s-a întâmplat nimic. Pacientul era obsedat de imagini terifiante ale unor oameni sau animale strivite de autoturismul său, precum și de gânduri intruzive de tipul: „Ce ar fi dacă aș călca pe cineva cu mașina?" Întrebat de terapeut ce s-ar întâmpla dacă nu ar realiza verificările respective, pacientul a afirmat că nu și-ar putea scoate din minte gândurile și imaginile chinuitoare.

Putem afirma, în urma analizei modelului de mai sus, că supozițiile referitoare la fuziunea dintre gând și acțiune, precum și convingerile pozitive și negative cu privire la ruminațiile obsesive și strategiile de neutralizare reprezintă elementele esențiale în explicarea mecanismelor tulburării obsesiv-compulsive.

Odată ce un gând obsesiv a fost evaluat ca fiind periculos, pacientul va elabora o strategie proprie pentru depășirea pericolului. În unele cazuri subiectul va continua să se gândească la nesfârșit la ideea sa obsesivă, în speranța de a-i verifica validitatea. Această strategie nu va face decât să exagereze ruminațiile anxiogene și va conduce, în cele din urmă, la teama de tip II sau la îngrijorarea în raport cu procesul de îngrijorare.

O altă posibilitate o reprezintă angajarea subiectului în comportamente de neutralizare sau verificare care vor stopa ciclul ruminațiilor interioare prin mecanismele distragerii atenției, convingerilor superstițioase cu privire la faptul că ritualurile îndepărtează răul sau prin testarea validității gândurilor intruzive.

În cadrul modelului elaborat de Wells și Mathews (1994; 1997), comportamentele de neutralizare și verificare au drept obiectiv reducerea pericolului asociat cu obsesia inițială sau a celui legat de ruminațiile anxiogene referitoare la aceasta. Neutralizările cu caracter deschis sunt considerate de autorii respectivi ca fiind forme compor-

tamentale concrete de ruminații care, la rândul lor, pot fi obiectul unor evaluări negative din partea subiectului. Se poate spune că în cazul acestui tip de tulburare acționează mai multe cicluri bazate pe conexiuni inverse, al căror efect îl reprezintă escaladarea anxietății, iritării și dispoziției depresive, sporirea timpului și eforturilor acordate evaluărilor negative, precum și răspunsurilor disfuncționale față de acestea.

Aceiași autori (Wells și Matthews, 1994; 1997) consideră că și anumite strategii de tip atențional mențin tulburarea. Astfel, pacienții obsesivi își vor concentra atenția mai ales asupra acelor gânduri sau imagini care nu fac decât să declanșeze derularea lanțului obsesional. De pildă, chiar dacă informațiile senzoriale confirmă faptul că un anumit comportament de neutralizare sau verificare a fost executat, mulți obsesivi continuă să se concentreze pe consecințele negative, despre care ei cred că s-ar putea produce în cazul neexecutării acțiunii respective. Tendința de a se concentra asupra fanteziilor obsesive și dubitațiilor interioare contribuie la întărirea comportamentelor de verificare.

Prezentăm, în cele ce urmează, modelul cognitiv al tulburării obsesiv-compulsive (după Wells și Matthews, 1994; 1997, citat de Wells, 1999)

În cadrul acestui model, factorul declanșator, care poate fi un gând intruziv, o îndoială, o stare afectivă intruzivă, activează convingeri legate de semnificația declanșatorului, care pot fi: credințe legate de semnificația pericolului referitor la fuziunea gând–acțiune și convingerile legate de consecințele stărilor afective negative. Aceste convingeri vor influența modul în care subiectul va evalua gândul intruziv. Evaluarea acestuia va depinde însă și de repertoriul de ritualuri de verificare și contracarare pe care le deține subiectul. Apar astfel două tipuri de convingeri: pozitive („Dacă nu-mi îndeplinesc ritualul, aceste gânduri chinuitoare nu se vor mai sfârși niciodată") și negative („Ritualurile mele îmi scapă de sub control", „Ritualurile mă vor face să-mi pierd mințile").

Convingerile referitoare la avantajele și dezavantajele comportamentelor ritualizate vor influența selecția strategiilor comportamentale de verificare–contracarare, precum și intensitatea reacțiilor emoționale. Reacțiile emoționale ale pacientului pot acționa, la rândul lor, în calitate de declanșatori, astfel încât unii subiecți vor fi convinși de faptul că vor fi copleșiți de stări afective negative și

că acestea nu vor dispărea până când nu vor fi declanșate ritualurile de contracarare.

Reacțiile comportamentale ale pacienților obsesivi mențin problema-simptom prin intermediul unor conexiuni inverse. Astfel, ritualurile împiedică infirmarea convingerilor negative referitoare la evaluările negative ale gândurilor obsesive. Faptul că acțiunile catastrofale puse pe seama gândurilor obsesive (intruzive) nu se produc este considerat de subiect ca fiind rezultatul ritualurilor declanșate și nu al faptului că temerile sale nu au niciun temei real.

Analizarea conexiunilor inverse evidențiază modul în care ritualurile nu fac decât să exacerbeze apariția gândurilor obsesive. Astfel, în primul rând, încercările de a reprima gândurile nedorite nu fac decât să le exacerbeze. În al doilea rând, tendințele de a realiza ruminații interioare referitoare la obsesii sau tendințele de a le neutraliza prin intermediul unor practici mentale mențin preocupările referitoare la aceste gânduri cu caracter intruziv. În al treilea rând, ritualurile cu caracter repetitiv contribuie la stabilirea unor asociații între obsesiile respective și o categorie de stimuli care reprezintă elemente ale comportamentelor cu caracter ritualizat, cum ar fi verificările, repetările, ordonările, spălatul, ruminațiile interioare, număratul, controlatul, comportamentele de distragere a atenției sau alte ritualuri diverse.

Înainte de a aplica acest model teoretic la un caz particular, terapeutul va trebui să obțină informații referitoare la natura simptomelor obsesive și compulsive, la factorii declanșatori, precum și la evaluările și semnificația pe care le prezintă acestea pentru pacient. Simptomele tulburării obsesiv-compulsive pot fi evaluate sub aspectul duratei, frecvenței, conținutului, precum și al gradului de disconfort pe care îl produc subiectului. Aceste date se obțin prin intermediul interviului clinic, al scalelor de autoevaluare, precum și al jurnalelor zilnice completate de pacienți, și servesc identificării pattern-ului (structurii) de simptome, respectiv relațiilor dintre stările afective, experiențele interzise și factorii situaționali.

Terapeutul va trebui să discute împreună cu pacientul ultimul episod obsesiv-compulsiv și să încerce să condiționeze factorii declanșatori pentru comportamentele deschise și mascate de neutralizare sau verificare. La începutul terapiei se va insista asupra conștientizării de către pacient a conținutului metacogniților, astfel încât acesta să fie capabil să identifice gândurile obsesive și dubitațiile sau stările afective care premerg punerea în acțiune a ritualurilor obsesive.

Pentru surprinderea evaluărilor referitoare la obsesii (la gândurile cu caracter intruziv), terapeutul va adresa întrebări de tipul următor: „Atunci când îți vine în minte un gând care te obsedează, ce simți: teamă, vinovăție, tristețe, frică?", „Atunci când te simți speriat, ce fel de gânduri îți trec prin minte?", „Nutrești vreun gând negativ referitor la obsesia ta?", „Ce îți spui în gând în legătură cu obsesiile și acțiunile pe care le întreprinzi?", „Ți se poate întâmpla ceva rău din cauza faptului că ești obsedat de un gând sau de o imagine?", „Ce anume crezi că s-ar putea întâmpla?", „Ce anume s-ar întâmpla dacă nu ai face eforturi să scapi de obsesiile tale?", „Consideri că este normal să te obsedeze astfel de gânduri?" etc.

Evaluarea reacțiilor comportamentale

Așa cum am mai subliniat, unii pacienți obsesivi nu renunță la ritualurile lor obsesive de teamă că li s-ar putea întâmpla ceva rău, aceștia nutrind convingeri pozitive cu privire la necesitatea punerii în aplicare a ritualurilor. În alte cazuri, pacientul prezintă convingeri negative, considerând că ritualurile i-ar putea face rău.

Există și situații în care ritualurile obsesive apar fără ca subiectul să conștientizeze apariția unei obsesii inițiale, aceasta din urmă putând avea un caracter foarte discret. În aceste cazuri, declanșarea ritualului se referă mai mult la teama legată de consecințele emoționale ale neefectuării ritualului și într-o mai mică măsură la obsesia inițială.

O pacientă (Anca, în vârstă de 22 de ani, studentă la drept) utiliza în mod compulsiv ritualul de a scutura praful de pe cărțile și caietele pe care le utiliza la facultate, ritual declanșat de o stare de disconfort difuz pe care o percepea aceasta. Tânăra a relatat faptul că dacă nu va duce la îndeplinire acel ritual, stările ei emoționale negative vor deveni atât de puternice, încât ea nu le va putea suporta și, mai mult, acestea chiar se vor permanentiza. În același timp, Anca evalua în mod negativ declanșarea ritualurilor respective, afirmând că acestea reprezintă un semn al pierderii autocontrolului. Aceste evaluări negative contribuiau la starea ei afectivă negativă, aceasta, la rândul ei,

contribuind la tendința compulsivă de a pune în acțiune ritualul. În felul acesta, pacienta era prinsă într-un cerc vicios, ea simțindu-se silită să declanșeze un ritual absurd pentru a-și ameliora dispoziția; în același timp, modul în care ea aprecia ritualul nu făcea decât să-i accentueze proasta dispoziție.

Utilizarea ritualurilor pentru a reduce pericolul generat de trăirea unor emoții negative prea puternice îl împiedică pe pacient să se expună la experiențe care ar putea infirma gândurile și convingerile legate de caracterul periculos al obsesiilor.

Pentru a evidenția modul în care pacientul evaluează ritualurile obsesive, terapeutul va adresa întrebări de tipul următor:

„Întreprinzi ceva pentru a preveni nenorocirea pe care ar putea să ți-o aducă apariția gândului sau imaginilor obsesive?"

„Ce s-ar putea întâmpla dacă nu ai pune în aplicare ritualurile tale? Care ar fi lucrul cel mai rău care s-ar putea întâmpla?"

„S-ar putea întâmpla ceva rău dacă vei continua să pui în acțiune ritualurile tale?"

„Te deranjează faptul că verifici, numeri sau macini întruna tot felul de gânduri? Dacă așa stau lucrurile, de ce nu te oprești?"

„Cât de mult îți poți controla tendința de a pune în acțiune comportamente cu caracter repetitiv (numărat, neutralizări, ruminații interioare etc.)?"

„În ce fel te ajută ritualurile tale?"

„Ce s-ar întâmpla cu stările tale emoționale sau cu gândurile care te obsedează dacă ai fi împiedicat să le neutralizezi?" etc.

Prezentăm schema unui caz concret de tulburare obsesiv-compulsivă realizată după un model propus de Wells, 1999.

Pacientul se numește Ionuț, are 20 de ani și este student în anul I la Facultatea de Arhitectură. Acesta a fost adus la cabinetul de psihoterapie de mama sa, disperată de faptul că tânărul era obsedat de gânduri și imagini legate de homosexualitate, el neștiind dacă este sau nu homosexual, deoarece nu avusese până atunci nicio experiență sexuală. Imaginile care îl obsedau erau mai ales acelea ale unor bărbați care se îmbrățișau și ori de câte ori vedea un bărbat tânăr îi apăreau întrebări obsedante: „Oare îmi place acel bărbat?", „Oare sunt și eu homosexual?" etc.

Dialogul purtat de către terapeut cu Ionuț este următorul:

I: Nu pot scăpa de aceste gânduri chinuitoare. Mă obsedează în fiecare zi.

T: Când ai fost ultima oară torturat de aceste gânduri?
I: Dimineața aceasta mi-a venit imaginea a doi bărbați care se îmbrățișau. M-am oprit la un stop și am zărit un tânăr care oprise mașina lângă mine. Nu am vrut să mă uit la el, dar gândul mi-a venit din nou.
T: Cum te-ai simțit atunci când ți-a venit gândul?
I: La început m-am simțit enervat, apoi speriat.
T: De ce anume te-ai simțit enervat?
I: M-am săturat să-mi tot vină astfel de gânduri absurde. Știu că nu sunt homosexual, doar am o prietenă. Nu înțeleg de ce îmi vin asemenea gânduri.
T: Dacă ai fi fost cu adevărat homosexual, probabil că nu te-ai fi simțit atât de prost având astfel de gânduri.
I: Da, nu-mi doresc să nutresc astfel de gânduri.
T: Mi-ai spus că te-ai simțit speriat. În ce au constat temerile tale?
I: Nu știu. Pur și simplu nu doresc să-mi vină astfel de gânduri.
T: Ce s-ar întâmpla dacă nu ai putea opri gândurile respective?
I: Mi-e teamă să mă gândesc la așa ceva. Cred că ar fi îngrozitor.
T: Ce ar fi atât de îngrozitor?
I: Ar însemna că sunt de fapt homosexual și că nu-mi dau seama de acest lucru.
T: Și ce altceva rău s-ar mai putea întâmpla?
I: Ca să fiu sincer, mă tem că aceste gânduri care îmi vin în minte chiar mă pot transforma într-un homosexual.
T: Dacă înțeleg bine, te temi că gândurile obsesive te vor face să devii homosexual.
I: Mă tot gândesc, oare sunt sau nu homosexual?
T: Atunci când îți trec astfel de gânduri prin minte întreprinzi ceva pentru a verifica dacă ele sunt adevărate sau pentru a preveni să se întâmple ceva rău ?
I: Nu înțeleg ce vreți să spuneți.
T: Îți iei vreo măsură pentru a nu deveni homosexual?
I: Încerc să nu mă gândesc. Îmi spun în gând că este o prostie să gândesc așa ceva sau mă gândesc la prietena mea.
T: Mai faci și altceva?
I: Mă uit la fete pe stradă pentru a vedea dacă mă atrag. Verific dacă sunt atras de prietena mea, dar tot nu este suficient.
T: Cum adică nu îți este suficient?
I: Gândurile obsesive mă asaltează și mai tare.
T: Dacă încerci să-ți controlezi gândurile și să te concentrezi asupra sexului opus, acest lucru te poate opri să devii homosexual?
I: În cazul în care reușesc să-mi controlez gândurile este mai bine.
T: Rezumând cele discutate până acum, se pare că în momentul în care ești obsedat de gânduri de tip homosexual, acestea te sperie și te tulbură pentru că tu crezi că ele chiar te-ar putea face să devii homosexual. Deoarece nu dorești acest lucru, întreprinzi o serie de acțiuni pentru a te asigura că nu ești homosexual, precum și

pentru a opri gândurile respective să te transforme în ceea ce nu dorești. Am înțeles corect problema ta?
I: Cred că da.
T: Se pare că multe dintre lucrurile pe care le întreprinzi nu fac altceva decât să-ți mențină problema.
I: Este adevărat, dar ce aș putea face?
T: Dacă ai considera că este normal să nutrești gânduri nedorite și ai fi sigur că acestea nu ți-ar putea face niciun rău, probabil că ele nu te-ar deranja atât de mult.
I: Da, cred că nu m-ar deranja.
T: După cum observi, problema nu este doar aceea că îți vin în minte gânduri nedorite, ci și faptul că te temi de ele și îți faci griji din cauza lor. Nutrești convingeri negative în legătură cu ele (crezi că ți-ar putea face rău) și pui în acțiune tot felul de strategii care nu fac decât să le întărească și în același timp te împiedică să depășești temerile legate de ele. Notează pe o scală de la 0 la 100 cât de mult crezi că gândurile legate de homosexualitate te vor face să devii cu adevărat homosexual.
I: Cam în proporție de 80%.
T: Ceea ce ar trebui să facem împreună ar fi să modificăm atitudinea ta față de aceste gânduri și să verificăm în ce măsură ele reflectă adevărul.

Terapeutul va explica în continuare pacientului că aceste convingeri negative legate de obsesii, îngrijorările și temerile față de ele, precum și răspunsurile comportamentale reprezintă o problemă mult mai importantă decât însăși declanșarea gândurilor și imaginilor obsesive. Obiectivul general al psihoterapiei cognitive îl reprezintă modificarea evaluărilor și convingerilor negative referitoare la gândurile cu caracter intruziv.

Deși noțiunea de asumare a responsabilității joacă un rol important în cadrul acestor evaluări, o atenție sporită trebuie acordată convingerilor referitoare la caracterul periculos al obsesiilor, la opiniile subiectului cu privire la fuziunea dintre gând și acțiune, precum și la cele legate de ritualurile cu caracter compulsiv.

BCU IASI CENTRUL UNIVERSITAR LIBRARY

Tehnici psihoterapeutice utilizate în cadrul tehnicilor obsesiv-compulsive

Una dintre strategiile utilizate în fazele incipiente ale terapiei constă în dirijarea pacientului spre stoparea ruminațiilor cu conținut anxiogen. De asemenea, experimentele realizate în plan comportamental vor fi conduse în direcția verificării veridicității evaluărilor negative ale gândurilor obsesive, precum și ale convingerilor referitoare la consecințele negative care se vor produce dacă subiectul nu-și va pune în acțiune ritualurile cu caracter compulsiv. În cele din urmă, pacientul va trebui să accepte cu detașare gândurile sale obsesive, considerându-le irelevante.

Tehnicile verbale de modificare a convingerilor disfuncționale

În cadrul modelului cognitiv al tulburării obsesiv-compulsive, o atenție deosebită este acordată evaluărilor obsesiilor și comportamentelor compulsive ritualizate care le mențin. Aceste evaluări se manifestă sub forma unor temeri și îngrijorări față de obsesii, obiectul modificării convingerilor negative fiind într-o mai mare măsură îngrijorările referitoare la obsesii și mai puțin obsesiile ca atare. O tehnică de a controla aceste temeri și îngrijorări referitoare la apariția obsesiilor constă în amânarea lor. Astfel, Wells și Mathews (1994,1997) solicită pacienților obsesivi să utilizeze metoda „detașării mentale", în cadrul căreia aceștia nu vor mai rumina mental gânduri referitoare la obsesii și nu vor mai pune în acțiune strategii de neutralizare, ci pur și simplu vor lăsa obsesiile să-și urmeze cursul fără a interveni în niciun fel. Reducerea anxietății care rezultă în urma aplicării acestei tehnici va fi utilizată de către terapeut pentru a demonstra că reacțiile la obsesii reprezintă o problemă mai importantă decât obsesiile.

Mulți pacienți prezintă rezistență în a se detașa mental sau comportamental de obsesiile lor, aceștia nutrind convingeri referitoare la consecințele negative care s-ar produce dacă nu ar acționa în direcția contracarării obsesiilor. Astfel de convingeri trebuie explorate în detaliu și modificate prin intermediul unor tehnici de reatribuire în plan verbal, fapt ce va spori și complianța pacienților la realizarea unor experimente în plan comportamental (astfel, pacienții se vor convinge că nu se întâmplă nimic dacă nu dau curs ritualurilor compulsive).

Odată stabilit rolul negativ al temerilor și îngrijorărilor legate de obsesii, terapeutul va acționa și asupra obsesiilor ca atare. Astfel, pacienții suferind de tulburare obsesiv-compulsivă vor fi informați că obsesiile reprezintă un fenomen care se înscrie în limitele normalului și care apare la aproximativ 90% din populație, în anumite condiții. Pentru a se convinge de acest lucru, pacienții vor fi instruiți să realizeze mici interviuri asupra unor prieteni sau cunoscuți, interogându-i pe aceștia dacă au trăit vreodată gânduri obsesive sau au fost stăpâniți de diverse tipuri de îngrijorări. Aceste strategii sunt urmate de notarea conținutului gândurilor legate de îngrijorările referitoare la prezența obsesiilor și de utilizarea unor tehnici de verificare a veridicității acestora, în vederea înlocuirii cu gânduri alternative mai raționale.

Prezentăm mai jos un model de fișă de notare a gândurilor disfuncționale specifice tulburării obsesiv-comportamentale (după Wells, 1999).

Conștientizarea diferenței dintre obsesii și îngrijorările (temerile) față de obsesii îl ajută pe pacient să sesizeze mai bine specificul diferitelor tipuri de gânduri și permite terapeutului să-și focalizeze demersul mai mult asupra temerilor legate de obsesii. Pentru modificarea conținutului acestora se vor utiliza tehnicile cunoscute de reatribuire în plan verbal, cum ar fi identificarea distorsionărilor cognitive, adresarea de întrebări pentru a testa veridicitatea lor, tehnici urmate de generarea unor răspunsuri raționale alternative.

Metodele verbale de reatribuire nu trebuie să se transforme în activități repetitive de tip ruminativ (prin care subiectul macină în minte gânduri neproductive legate de obsesiile sale). În cazul în care apare o astfel de tendință, terapeutul va reorienta pacientul către strategiile de abandonare a îngrijorărilor și va supune verificărilor convingerile și supozițiile disfuncționale mai ales prin intermediul experimentelor realizate în plan comportamental.

Utilizarea sistematică a fișelor de notare a gândurilor disfuncționale se va face mai ales pentru a spori gradul de conștientizare al pacientului față de propriile sale gânduri, precum și pentru a evidenția modul în care acestea mențin problema-simptom.

Modificarea convingerilor referitoare la fuziunea „gând-acțiune" și „gând-eveniment"

Modificarea acestor convingeri se realizează în primul rând prin intermediul experimentelor în plan comportamental, care îl ajută pe

pacient să se convingă de faptul că, dacă nu dă curs ritualurilor de contracarare a gândurilor obsesive, evenimentele de care se teme nu se produc. Convingerile referitoare la fuziunea „gând–acțiune" sau „gând–eveniment" pot fi abordate și prin intermediul unor tehnici verbale. Terapeutul va explica pacientului acest mecanism de tip gândire superstițioasă și apoi îi va adresa întrebări de tipul următor: „Cum îți imaginezi că gândurile cuiva pot determina producerea unei acțiuni?" sau „Ce fel de persoană este cea care crede că propriile sale gânduri pot lovi pe cineva?", „Faci parte din acea categorie de indivizi care pot să-și influențeze propriile gânduri?". În continuare, terapeutul va discuta cu pacientul despre acele situații în care acesta nu a fost capabil să-și neutralizeze gândurile obsesive, exemplele fiind utilizate drept dovezi ale faptului că gândurile nu pot determina acțiunile. De asemenea, terapeutul îi va solicita pacientului să noteze în fișele de evaluare situațiile în care se înregistrează confuzii între gând și acțiune, cele două fiind identificate una cu cealaltă.

Un fenomen asemănător, specific pacienților care suferă de tulburare obsesiv-compulsivă, îl reprezintă fuziunea dintre gând și eveniment sau convingerea că obsesia este adevărată. Pacienții care nutresc asemenea convingeri, de regulă tacite, cred că gândul lor obsesiv a produs chiar un eveniment actual și ei declanșează comportamente de verificare pentru a se convinge că acel eveniment negativ nu s-a produs, comportamente (ritualuri) menite să-i elibereze de anxietate. Astfel, de pildă, Wells (1999) prezintă cazul unei paciente însărcinate care nutrea convingerea obsesivă că sarcina nu era rezultatul relației cu soțul ei, deși ea nu mai avusese relații sexuale cu niciun alt bărbat. Această convingere tacită a fost evidențiată în urma analizării ritualului ei obsesiv de a-și trece în revistă amintirile pentru a verifica dacă nu cumva a avut vreo relație extraconjugală. Absența unor astfel de amintiri era interpretată de ea ca o dovadă a faptului că trebuie să fi avut relații cu vreun bărbat. Negăsind nicio amintire concretă, pacienta căuta să-și imagineze tot felul de relații cu alți bărbați pentru a verifica dacă este adevărat. Mai mult, ea căuta să-și imagineze detalii legate de lenjeria intimă purtată de respectivul partener.

În cazul în care nu-și amintea nimic, acest lucru reprezenta dovada că nu s-a întâmplat nimic. În același timp, faptul că ea putea să-și imagineze că a avut relații sexuale cu alți bărbați reprezenta pentru ea o dovadă că totuși s-a întâmplat ceva. Se constată faptul că supozițiile

cu privire la adevărul gândurilor obsesive conduc la practicarea unor ritualuri compulsive patologice de verificare în plan mental. Tehnica terapeutică de infirmare a convingerilor presupune infirmarea prin diverse metode a adevărului acestora și instruirea pacienților să utilizeze strategii alternative ca reacție de răspuns la gândurile obsesive. Pacientului i se explică existența și rolul acestor convingeri disfuncționale cu caracter tacit.

Majoritatea pacienților se gândesc la dezastre care se vor petrece sau la cât de vinovați se vor simți dacă gândurile lor obsesive ar fi adevărate, operând la nivelul evaluărilor de tip I. Wells (1995) consideră că terapeutul trebuie să-l ghideze pe pacient să opereze la nivel metacognitiv, respectiv la nivelul evaluărilor ce vizează prezența obsesiilor. Focalizarea terapiei trebuie realizată pe aprecierea validității evaluărilor față de obsesii, în același timp cu abandonarea strategiilor contraproductive de invalidare a acestora.

Prezentăm mai jos o serie de întrebări pentru abordarea acestei probleme:

„Ce anume te determină să-ți practici comportamentele concrete sau mentale de verificare?"

„În cazul în care nu ai crede că gândurile tale sunt reale, ai avea nevoie de atâtea verificări?"

„Te-ai simți tot atât de responsabil dacă gândurile tale nu ar fi adevărate?"

„În ce măsură verificările pe care le faci permanent te împiedică să realizezi discriminarea între evenimentele reale și cele imaginare?" etc.

Terapeutul va trebui să insiste asupra rolului negativ al ritualurilor de verificare în rezolvarea problemei pe termen lung. Acest obiectiv va putea fi atins interogând pacientul de ce continuă să practice ritualurile de verificare, când experiențele anterioare i-au demonstrat deja faptul că gândurile de care se teme nu sunt adevărate. Terapeutul îl va ghida pe pacient să verifice prin intermediul metodelor verbale veridicitatea convingerilor legate de fuziunea (identitatea) gând–eveniment. Vor fi elaborate în continuare răspunsuri alternative, raționale, care vor substitui gândurile și convingerile negative:

„Este vorba doar de un gând, nu de un fenomen real", „Nu este nevoie să intri în dialog cu produsele imaginației tale; lasă-le să treacă de la sine".

Terapeutul va recomanda apoi pacientului să practice tehnica expunerii, în cadrul căreia acesta își va declanșa în mod deliberat obsesiile, fără a se angaja în ritualuri de contracarare.

Comportamentul de verificare este frecvent declanșat și susținut de prezența unor imagini cu conținut obsesiv („am lăsat fierul de călcat în priză"). În astfel de cazuri, terapeutul va conduce astfel dialogul încât să verifice validitatea imaginilor. Dacă stările afective sunt aduse de subiect ca argumente în sprijinul faptului că imaginile sunt adevărate, terapeutul va trebui să poarte cu acesta un dialog pe tema „logicii afective" și să-l învețe să utilizeze stările emoționale care apar, tocmai în calitate de contraargumente care să invalideze imaginile obsesive.

Se poate utiliza și tehnica antrenamentului mental în stare de relaxare, în cadrul căreia subiectul să-și imagineze că a îndeplinit corect acțiunea care îl obsedează (despre care crede că nu a realizat-o). Terapeuții de orientare cognitivistă consideră că aceasta din urmă reprezintă doar o strategie provizorie menită să reducă încărcătura emoțională a imaginilor obsesive și este utilă doar în cazul în care nu se transformă, la rândul său, într-un fel de ritual mental mascat.

Tehnicile de reatribuire în plan comportamental

Principiile pe care se bazează aceste tehnici sunt expunerea și blocarea reacțiilor de prevenire la vederea infirmării convingerilor disfuncționale referitoare la gândurile obsesive și la ritualurile cu caracter compulsiv. De asemenea, expunerea urmată de blocarea reacției de prevenire îl va ajuta pe pacient să exerseze metoda detașării de obsesiile sale și să accepte disconfortul produs de acestea.

Abordările comportamentale au subliniat rolul ritualurilor și reacțiilor de neutralizare în menținerea tulburării obsesiv-compulsive. Perspectiva comportamentalistă se bazează pe ideea că acele acțiuni care îl eliberează pe subiect de temerile obsesive și de disconfortul psihic în general reprezintă întăriri care nu fac decât să mențină simptomele inițiale. Deoarece ele reduc stările afective negative, împiedică astfel expunerea și obișnuirea cu stimulii anxiogeni (Dollard și Miller, 1950; Mowrer, 1960). Pentru a depăși anxietatea generată de ideile obsesive, se recomandă expunerea subiecților la stimuli anxiogeni în absența ritualurilor de contracarare a anxietății. În aceasta constă de fapt tehnica expunerii și blocării reacției comportamentale de tip compulsiv. De exemplu, unui subiect care nutrește obsesia conta-

minării i se va cere să atingă obiectele pe care le consideră murdare (contaminate), fiind oprit să se spele pe mâini până când se va obișnui cu trăirea anxietății.

Terapia comportamentală simplă dă rezultate mai slabe în cazul obsesiilor simple, fără ritualuri, iar subiecții cu tulburare obsesiv-compulsivă care nu obțin rezultatele scontate au un nivel mai ridicat al depresiei (Foa, 1979) și au convingeri mai profunde în ceea ce privește caracterul real al ideilor lor.

Faptul că obsesiile pure, fără comportamente compulsive, răspund mai slab la terapia comportamentală ar putea fi explicat prin aceea că în cazul acestor obsesii anxietatea ar putea fi menținută prin intermediul unor ritualuri mascate care se desfășoară în plan mental. Din perspectiva cognitivistă, atât ritualurile manifeste, cât și cele desfășurate în plan mental împiedică expunerea subiectului la informații care pot modifica supozițiile disfuncționale. Ritualurile desfășurate în plan mental prelungesc durata ruminațiilor cu conținut anxiogen, menținând preocuparea pentru gândurile obsesive cu caracter intruziv. Mai mult, unele ritualuri mentale, precum și unele strategii mentale de control și verificare contribuie la accentuarea obsesiilor prin intermediul efectului paradoxal: încercările de a reprima gândurile nu fac decât să le exacerbeze.

Ritualurile deschise, realizate în plan comportamental, sunt și mai ușor de identificat și de manipulat de către terapeut, blocarea lor fiind mult mai simplu de realizat. Abordarea cognitivistă presupune chiar expunerea pacientului la gândurile negative, în vederea infirmării convingerilor negative referitoare la natura catastrofală a contactului cu acestea. Blocarea răspunsului reprezintă eliminarea comportamentelor de asigurare, fapt ce contribuie la modificarea convingerii eronate a subiectului cu privire la catastrofa care s-ar putea produce.

Instructajul administrat subiectului poate îmbrăca următoarea formă: „Problema ta constă în aceea că tu nutrești convingerea că, dacă ai gânduri rele, acestea vor face să se petreacă lucruri rele. Este de înțeles că dorești să preîntâmpini producerea acestor evenimente negative și din acest motiv ți-ai elaborat tot felul de strategii pe care le pui în aplicare pentru a ține situația sub control. Este important pentru tine să înțelegi că majoritatea oamenilor care se consideră normali nutresc astfel de gânduri. Cu toate acestea, îți este imposibil să te convingi de faptul că gândurile tale sunt total lipsite de pericol, nu au

nicio semnificație în plan real, și nu izbutești să te convingi de acest lucru pentru că întreprinzi tot felul de lucruri pentru a preveni răul să se producă. Atâta timp cât vei acționa astfel, teama ta se va menține. Din acest motiv este foarte important pentru tine să descoperi că gândurile tale nu sunt periculoase și, pentru a te convinge, nu trebuie să-ți mai iei măsurile de precauție. Permițându-ți să nutrești gândurile respective fără a lua niciun fel de măsură de precauție, vei constata faptul că gândurile tale nu sunt periculoase și nu înseamnă de fapt nimic" (adaptat după Wells, 1999).

Experimente în plan comportamental

Experimentele pentru infirmarea convingerilor disfuncționale referitoare la evaluările negative și la previziunile care derivă în urma acestor convingeri includ fie prelungirea frecvenței și duratei expunerii la gândurile obsesive, pentru a convinge pacientul de faptul că nu se va produce nicio catastrofă, fie prescrierea unor acțiuni comportamentale considerate de pacient ca fiind periculoase, dar care, de fapt, au un caracter inofensiv. Astfel, un pacient avea obsesia că va ataca orice vizitator cu un cuțit în momentul în care acesta va suna la ușă. Din acest motiv el ascundea cuțitele și, dacă suna vreo persoană, verifica de mai multe ori dacă acestea sunt bine ascunse și abia apoi deschidea ușa.

Terapeutul a utilizat tehnica desensibilizării progresive, astfel încât pacientul a putut lăsa la început cuțitele pe masa din bucătărie, apoi le-a luat în camera sa (închise într-o cutie) și în cele din urmă le-a așezat chiar pe noptieră.

Pentru a demonstra faptul că gândurile negative nu conduc la acțiuni sau la producerea unor evenimente catastrofale, terapeutul va solicita pacientului să crească frecvența și intensitatea gândurilor obsesive. De pildă, o pacientă era obsedată de ideea că gândurile ei referitoare la faptul că fiul său ar putea suferi un accident de circulație chiar ar putea determina accidentul. Într-o primă etapă terapeutul a solicitat-o să se gândească la faptul că el (terapeutul) ar putea avea un accident de circulație și să constate ce se întâmplă. După o săptămână i s-a cerut să repete același experiment în care subiectul era soțul și în cele din urmă fiul ei.

Terapeutul trebuie să contracareze însă acele convingeri pe care le nutresc unii pacienți legate de faptul că gândurile negative ar putea avea consecințe pe termen lung. De asemenea, pentru a avea succes,

aceste experimente trebuie astfel conduse, încât subiectul să nu se angajeze în ritualuri mentale mascate pentru a preîntâmpina răul să se producă.

O atenție deosebită trebuie acordată acelor pacienți cu tulburare obsesiv-compulsivă, care pun în acțiune ritualuri repetitive care le consumă foarte mult timp, structurându-și întreaga existență în jurul ritualurilor respective. Dacă terapeutul le cere să le elimine sau măcar să le reducă, acești subiecți devin plictisiți și parcă își pierd sensul existenței cotidiene. În astfel de cazuri, terapeutul va trebui să elaboreze împreună cu pacientul un nou program zilnic, acesta fiind încurajat să-și planifice activitățile și să se angajeze în noi activități cu caracter atractiv (cum ar fi, de pildă, hobby-urile).

Absența progresului între ședințele de psihoterapie și unele soluții sugerate (după Salkovskis și Kirk, 1989)

Pentru pacienții rezistenți se mai indică și repetarea în plan mental a situației anxiogene și apoi a strategiilor care pot fi utilizate pentru a-i face față (exemplu: subiectul își imaginează că se apropie de chiuvetă pentru a se spăla, apoi se întoarce și merge la plimbare). În timpul exercițiului imaginativ, subiectul trebuie să-și reprezinte și creșterea anxietății cu toate componentele sale fiziologice și apoi descreșterea acesteia.

Pentru ca terapia să fie eficientă, aceasta trebuie adoptată nevoilor și particularităților pacientului. Terapeutul are nevoie de creativitate și simț al umorului, dar sub nici o formă el nu trebuie să râdă de pacient.

Program de terapie cognitiv-comportamentală pentru tulburările obsesiv-compulsive ușoare (după Fensterheim și Jean Baer, 1977)

a) Blocarea reacției compulsive

Subiectului i s-a format deprinderea de a avea anumite gânduri obsesive și el devine anxios din cauza acestora. Ducerea la îndeplinire a ritualului îl eliberează de anxietate, ritualul acționând ca un fel de „fugă" din situație. În același timp, ieșirea din situație prin intermediul ritualului nu face decât să întărească reacția anxioasă, pentru că nu îi permite subiectului să afle că lucrul de care el se teme cel mai

mult nu se va petrece cu adevărat. Din acest motiv, este indicat ca pacientul să nu mai evadeze din situație prin intermediul ritualului obsesiv. În cazul în care ducerea la îndeplinire a ritualului este blocată, subiectul învățând să înfrunte gândurile obsesive cu calm, acestea se vor opri în cele din urmă.

Prezentare de caz

Amelia, casnică, 35 de ani, își scotea soțul din minți făcând permanent curățenie în mod compulsiv. Imediat ce acesta intra în casă, Amelia lua o cârpă și ștergea gresia din hol în urma pașilor soțului. În timp ce soții stăteau la masă, ea se ridica de mai multe ori să clătească farfuriile, să golească scrumiera sau să îndrepte ciucurii de la covor. Fiind preocupată de amănunte neesențiale, Ameliei i se întâmpla de multe ori să i se ardă mâncarea.

De asemenea, ea refuza să iasă la plimbare duminica pentru că avea atât de multă „treabă în casă", încât nu-și putea permite niciun moment de relaxare. Soții au încetat să mai primească musafiri, pentru că înainte cu o săptămână de petrecerea planificată și o săptămână după aceea Amelia curăța fiecare colțișor al locuinței.

Terapeutul i-a cerut pacientei să realizeze o listă care să cuprindă 20 de sarcini cotidiene pe care să le evalueze pe o scală de la 1 la 3, 1 reprezentând sarcinile cele mai importante (spălatul vaselor, făcutul paturilor etc.), 2 — sarcini de importanță moderată, care ar fi fost bine să fie realizate, și 3 — sarcini minore (curățatul argintăriei, aranjatul dulapurilor, spălatul podelelor după fiecare persoană care intră în cameră sau curățatul oglinzilor).

În prima etapă pacienta a primit ca sarcină terapeutică să nu îndeplinească sarcinile minore. Acest lucru i s-a părut foarte dificil, ea a fost cuprinsă de o puternică anxietate și a treia zi a realizat activitățile care i-au fost interzise.

Terapeutul a decis să-i dea Ameliei o sarcină mai ușoară, și anume să nu curețe argintăria timp de o săptămână, ceea ce ea a izbutit să realizeze. Apoi i s-a cerut să nu execute activitatea respectivă timp de încă o săptămână, ceea ce i s-a părut și mai ușor.

La fiecare două săptămâni, terapeutul a procedat la eliminarea gradată a altei sarcini lipsite de importanță. După aproximativ trei luni de psihoterapie, atmosfera din familie s-a îmbunătățit simțitor.

b) Contractul de preîntâmpinare a comportamentului compulsiv

Acest contract are drept scop la rândul său să ajute subiectul să blocheze reacțiile de tip compulsiv și implică următoarele etape:

– pacientul trebuie să-și precizeze clar ce tip de comportament dorește să blocheze (să verifice dacă ușile sunt încuiate, să se spele pe mâini de nenumărate ori etc.);

– să precizeze ce recompensă ar dori să obţină de la partenerul său pentru că nu mai duce la îndeplinire secvenţa patologică de comportament (să primească un cadou, să meargă la restaurant etc.);

– să specifice exact ce anume trebuie să facă pentru a primi recompensa (de pildă, să nu dea curs activităţii ritualiste timp de două zile).

După ce subiectul a reuşit să câştige premiul dorit, se poate trece la creşterea treptată a intervalului când acesta nu va îndeplini ritualul obsesiv: două zile, o săptămână, o lună etc., mărindu-se eventual şi valoarea recompensei.

Prezentare de caz

Cornel, profesor de biologie, un individ sociabil şi amator de petreceri, era permanent dominat de gânduri obsesive legate de moarte („mama va face un atac de cord"; „dacă fiul meu pleacă în Germania, precis că avionul se va prăbuşi"; „soţia mea se va îmbolnăvi de cancer etc."). Pentru „a preveni" producerea nenorocirilor respective, Cornel şi-a pus la punct un ritual foarte complicat: obişnuia să se spele pe dinţi de patru ori pe zi, purtând pasta şi periuţa de dinţi în buzunar; să se spele în mod compulsiv pe mâini; să numere şi să reaşeze hainele pe umeraşe în dulap.

Contractul terapeutic utilizat în acest caz a fost următorul: Cornel trebuia să se abţină timp de o săptămână să verifice şi să reaşeze hainele în dulap. În cazul în care pacientul se ţinea de cuvânt, soţia trebuia să invite prieteni la masă; în caz contrar, soţia nu invita pe nimeni. Dacă soţul reuşea să se abţină de la ritual timp de trei săptămâni, cei doi urmau să ia masa în oraş cu prietenii.

Interesant este faptul că pe măsură ce Cornel a reuşit să-şi controleze gândurile obsesive şi comportamentele ritualiste, a ieşit la iveală faptul că pacientul nutrea sentimente de ostilitate faţă de soţia sa, sentimente pe care era incapabil să le exprime. În această etapă a terapiei subiectul a fost învăţat să-şi exprime deschis sentimentele de nemulţumire şi ostilitate, ceea ce a contribuit în final la îmbunătăţirea relaţiei de cuplu.

Destructurarea modelului patologic al gândirii necontrolate

Un prim pas în realizarea acestui deziderat îl reprezintă achiziţionarea deprinderilor de relaxare, deoarece cu cât subiectul este mai în-

BCU MS/CLUJ-NAPOCA UNIVERSITY LIBRARY

cordat, cu atât este mai stăpânit de gânduri producătoare de anxietate. De aceea, învățarea relaxării reprezintă o metodă indirectă de autocontrol al gândurilor negative. Din nefericire însă, majoritatea pacienților obsesivi au dificultăți în însușirea relaxării pentru că sunt permanent bombardați de gândurile perturbatoare referitoare la tot felul de nenorociri posibile (acești pacienți afirmă adesea: „Îmi simt corpul relaxat, dar gândurile nu-mi dau pace").

Fensterheim și Jean Baer (1977) propun pentru această categorie de subiecți următorul exercițiu menit să contribuie la obținerea unui mai bun autocontrol asupra gândurilor negative.

Pacientului i se cere să se așeze într-o poziție confortabilă pe un fotoliu sau întins pe o canapea, cu ochii închiși și să răspundă în limbaj interior la întrebările adresate de terapeut (se poate utiliza și o casetă). Răspunsul poate fi: da, nu, poate, uneori, sau este posibil ca subiectul să nu dea niciun răspuns.

„Poți să faci în așa fel încât pleoapele tale să devină tot mai grele, din ce în ce mai grele?"

„Poți să faci ca brațul tău drept să devină mai relaxat decât brațul stâng?"

„Poți să-ți imaginezi că privești un obiect în depărtare?"

„Îți poți imagina că te afli pe malul unui lac și că admiri un apus de soare?"

„Îți poți imagina cum ar arăta tabloul care oglindește apusul soarelui, realizat de un pictor celebru?"

„Poți să-ți reprezinți mirosul de căpșuni proaspete?"

„Poți să-ți amintești ce gust avea înghețata atunci când erai copil?"

„Îți poți imagina cum arată un lac primăvara?"

„Ești capabil să numeri culorile curcubeului?"

„Poți să faci în așa fel încât picioarele tale să devină tot mai grele și mai relaxate?"

„Poți să respiri calm și liniștit așa cum faci atunci când dormi?"

„Poți să-ți imaginezi o scenă plăcută și să te gândești la cuvântul calm?"

„Poți să faci în așa fel încât întregul tău corp să se simtă calm și relaxat?"

„Calm și relaxat..."

„Calm și relaxat..."

Se acordă o pauză de 10 secunde, după care subiectul poate deschide ochii, continuând să rămână relaxat. Întregul exercițiu durează

în jur de 5 minute și trebuie practicat până când subiectul învață întrebările și devine capabil să și le adreseze singur în gând chiar în situații de viață în care se simte tensionat.

Tehnica opririi gândurilor

Pacientul este instruit ca imediat ce îi vine în minte un gând obsesiv de care dorește să se debaraseze să-și spună în limbaj interior „stop!" și apoi „calm" și să-și relaxeze musculatura.

Nicolae, un contabil de 32 de ani, era convins că va muri de o boală gravă, de pneumonie, ulcer, cancer sau de un atac de cord. El purta în permanență un termometru în buzunar și își măsura pulsul de câteva ori pe zi. De mai multe ori pe săptămână mergea la medicul de familie, precum și la alți specialiști (cardiolog, orelist etc.). Pacientul s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru că prietena lui era exasperată de faptul că se oprea pe stradă de mai multe ori și își măsura pulsul.

După aproximativ două luni de relaxare, combinată cu tehnica opririi gândurilor, comportamentul subiectului s-a normalizat și el a încetat să-și mai controleze mereu starea de sănătate. Din păcate, psihoterapia a trebuit continuată, pentru că pacientului i-a apărut un alt gând obsesiv: „Dacă mă voi îmbolnăvi cu adevărat, oare nu voi neglija boala?"

Tehnica exagerării gândurilor obsesive (Arnold Lazarus, 1976)

În cazul în care tehnica blocării nu dă rezultatele scontate, se poate aplica tehnica inversă: gândurile negative sunt hiperbolizate până la ridicol. Astfel, o secretară era obsedată de gândul că va fi concediată pentru că nu este suficient de conștiincioasă. Terapeutul i-a indicat să-și spună în gând un text de tipul următor:

„Voi face o greșeală mică și aceasta va duce la falimentul firmei. Voi fi dată afară și voi ajunge la închisoare. Când mă voi elibera nu mă va mai angaja nimeni și voi ajunge să cerșesc pe treptele bisericii etc.".

Combaterea „neajutorării dobândite"

Pacienții obsesivi suferă de o teamă care izvorăște din interiorul ființei lor, iar ritualurile obsesive produc doar o ușurare de moment. Orice eliberare de gânduri negative are un caracter accidental și nu este consecința autocontrolului exercitat de subiect asupra stărilor

sale psihice. Această situație conduce la starea denumită „neajutorare dobândită", care, le rândul ei, induce depresia, care, de cele mai multe ori, evoluează în paralel cu gândurile și comportamentele obsesive. Subiecții care suferă de obsesii sunt permanent preocupați să se elibereze de teamă și din acest motiv le rămân relativ puțin timp și energie pentru activități agreabile, fapt ce conduce la accentuarea depresiei.

Fensterheim și Jean Baer (1977) propun pentru această categorie de subiecți un exercițiu care să conducă la modificarea orientării pasive și la înlocuirea ei cu sentimentul competenței personale. Exercițiul are drept obiectiv combaterea sentimentului de neajutorare dobândită, prin intermediul controlării unor întăriri pozitive: în prima săptămână pacientului i se cere ca în fiecare zi să realizeze o acțiune obișnuită care îi produce un sentiment de plăcere. În cazul în care a simțit satisfacție de pe urma acțiunii respective, el trebuie să noteze acest lucru în jurnalul său personal. (Acțiunile respective pot fi extrem de simple: cumpărarea unui obiect pe care subiectul și-l dorește, o plimbare în oraș, lectura unei cărți bune sau ascultarea unei bucăți muzicale favorite.) În următoarele trei săptămâni sarcina subiectului este să realizeze câte două acțiuni agreabile pe zi, condiția fiind ca acestea să nu se repete.

O variantă a exercițiului constă în a solicita subiectului să realizeze în prima săptămână câte o acțiune, și în următoarele trei săptămâni câte două acțiuni menite să contribuie la îmbunătățirea imaginii de sine și a autostimei.

Ștefan, un economist în vârstă de 40 de ani, s-a prezentat la psihoterapie pentru o depresie moderată și idei obsesive legate de ineficiența personală. Pacientul nu făcea altceva decât să-și găsească permanent defecte și neajunsuri. Se critica pentru modul în care lucra la firmă, pentru faptul că nu făcea suficient pentru gospodărie, pentru că nu se ocupa de copii, el considerând chiar că nu este suficient de bun pentru soția sa. Datorită dispoziției depresive, nevoile și performanțele sale sexuale s-au redus simțitor. Interesant este faptul că pacientul nu putea găsi niciun element pozitiv la propria persoană. Terapeutul i-a explicat că, dacă cineva i-ar spune de câte două sute de ori pe zi cât este de rău și de ineficient, el (terapeutul) ar sfârși în cele din urmă prin a-l crede; or, acest lucru și-l făcea subiectul lui însuși.

În acest caz a fost utilizată tehnica relaxării, cu sugestii de întărirea eului, combinată cu tehnica opririi gândurilor negative și cu cea

a combaterii sentimentului de neajutorare dobândită. Ștefan a primit drept sarcină terapeutică să-și facă mici plăceri. Pentru creșterea autostimei i s-a recomandat să cumpere, din când în când, câte un mic dar soției, deoarece pacientul se considera incompetent în calitate de soț. Pe măsură ce a izbutit să-și controleze comportamentul prin care își oferea satisfacții personale, el a început să-și cristalizeze și gândurile negative legate de propria persoană și a devenit ceva mai asertiv și mai puțin depresiv.

Dificultățile demersului terapeutic în tulburările obsesive (Salkovskis și Jean Kirk, 1989)

1) Pacientul poate avea probleme în imaginarea unor scene declanșatoare sau alternative. În astfel de cazuri este necesară o exersare preliminară a imaginației.

2) Pot apărea dificultăți în înlăturarea gândurilor obsesive; în acest caz, terapeutul trebuie să se întoarcă la gândurile obsesive mai puțin perturbatoare pentru subiect.

3) Pacientul poate opri efectuarea temelor pentru acasă.

Acest lucru se întâmplă pentru că el a încercat în practică tehnica opririi gândurilor, dar n-a găsit-o eficientă. Când se întâmplă acest lucru înseamnă că pacientul nu a exersat destul. De asemenea, este posibil ca pacientul să fi considerat exercițiile de acasă prea stresante sau pentru că situația când a exersat a fost neadecvată (de pildă, a exersat dimineața, când dispoziția este mai proastă sau atunci când apar multe alte solicitări).

În cazul în care pacientul a exersat procedura în modul recomandat, dar rata disconfortului nu s-a redus, atunci probabil că este vorba de continuarea neutralizării mascate sau a căutării de asigurare. În acest caz, terapeutul trebuie să obțină, cu ajutorul unor întrebări, informații suplimentare prin intermediul cărora să identifice neutralizările mascate și să discute cu pacientul rolul lor în menținerea simptomelor.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

IX
Psihoterapia cognitiv-comportamentală în alte tipuri de cazuri dificile: parasuicid, suicid, tulburări ale conduitei alimentare

Psihoterapia pacienților cu conduite parasuicidare

Sidley (1998) definește parasuicidul ca fiind o acțiune sau un șir de acțiuni deliberate, cu caracter autodistructiv, nonletal. Studiile clinice au identificat unii factori de risc pentru repetarea comportamentului parasuicidar: șomaj, antecedente parasuicidare, absența unei relații maritale, consum de alcool sau droguri.

Sidley (1998) consideră că variabilele psihologice cel mai frecvent asociate cu parasuicidul sunt problemele de natură interpersonală, lipsa de speranță în legătură cu viitorul, precum și insuficienta capacitate de autoreglare a dispoziției afective. Observațiile empirice au evidențiat faptul că pacienții care manifestă conduită parasuicidară prezintă mai multe dificultăți în rezolvarea problemelor interpersonale decât indivizii obișnuiți.

McLeavey și colaboratorii (1987) au constatat că subiecții care utilizau supradoze de droguri s-au dovedit a fi mai puțin eficienți în rezolvarea problemelor, comparativ cu pacienții psihiatrici care nu au prezentat în antecedente fenomene de parasuicid. Abilitatea de a rezolva problemele interpersonale a fost măsurată cu ajutorul testului Mijloace-final pozitiv în rezolvarea de probleme (Means End Problem Solving Test — MEPS) al lui Platt, Spivack și Bloom (1975), test în care se prezenta subiecților o povestire referitoare la o persoană care se mută într-un cartier nou și care trebuie să-și cunoască și să se împrietenească cu vecinii. Subiectul investigat a fost solici-

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

tat să indice cât mai multe modalități prin care acest obiectiv poate fi atins, scorul fiind reprezentat de numărul de soluții pozitive furnizate.

Alte studii au evidențiat deficiențe în ceea ce privește calitatea soluțiilor generate, parasuicidarii fiind mai pasivi și bazându-se mai mult pe ceilalți (Linehan et al.; 1987; Orbach, Bar Joseph și Dror, 1990). S-a constatat, de asemenea, faptul că subiecții înclinați spre conduite parasuicidare au tendința de a-și aminti anumite aspecte cu caracter autobiografic la un nivel mai înalt de generalitate. Astfel, dacă li se cere subiecților să răspundă cât mai repede cu ceea ce le vine în minte la un stimul afectogen, ca de pildă cuvântul „fericit", pacienții parasuicidari vor da răspunsuri de genul „atunci când mă aflu la petreceri", în timp ce subiecții ceilalți vor avea tendința să furnizeze răspunsuri mai concrete, de tipul evocării unei anumite petreceri (Williams și Dritschel, 1988). Trebuie subliniat faptul că tendința de a evoca amintiri cu caracter general nu se manifestă doar la subiecți parasuicidari, ci și la pacienți cu depresie primară, cu dificultăți în educarea copiilor, la cei care au fost abuzați sexual și la cei cu tulburări posttraumatice de stres.

În ceea ce privește lipsa de speranță în legătură cu viitorul, studiile au demonstrat faptul că aceasta este strâns legată de comportamentele suicidare, subiecții respectivi fiind mai puțin capabili să genereze anticipări pozitive asupra viitorului.

Scorurile înalte la Scala de lipsă de speranță a lui Beck s-au dovedit a fi un bun predictor al tendinței de a repeta comportamentul parasuicidar și suicidar (Chamberlain și Clarke, 1988; Beck, Brown și Steer, 1989; Fawcett et al., 1990). Pacienții cu comportament parasuicidar sunt pesimiști în legătură cu apariția unor evenimente pozitive în viitorul apropiat sau îndepărtat. De asemenea, cei care manifestă un comportament parasuicidar prezintă dificultăți serioase în managementul și tolerarea experiențelor emoționale cu conținut negativ. Astfel, la pacienții cu tulburare de personalitate de tip borderline, la care apar frecvent conduite autoagresive și care trăiesc stări emoționale negative și prelungite, conduitele parasuicidare apar ca soluții comportamentale la caracterul intolerabil al stărilor lor afective (Linehan, 1993).

S-a constatat și faptul că furia și ostilitatea înregistrează un scor ridicat în rândurile populației parasuicidare (Crook, Raskin și Davis, 1975; Richman și Charles, 1976; Weisam, Fox și Klerman, 1973).

Observațiile empirice au evidențiat faptul că abordarea cognitiv-comportamentală poate avea efecte pozitive asupra unor simptome cum ar fi: dificultățile în rezolvarea unor probleme interpersonale, lipsa speranței pentru viitor și insuficienta autoreglare a stărilor emoționale.

Prezentare de caz

Martin, în vârstă de 37 de ani, a fost internat la psihiatrie după o tentativă serioasă de suicid. Pacientul suferea de depresie severă și a manifestat comportamente de automutilare în antecedente. S-a constatat și prezența frecventă a unei stări de anxietate în situații sociale, consum abuziv de diazepam, precum și episoade de furie necontrolată când distrugea obiecte și lovea pereții. Pentru a-și regla stările afective negative, pacientul recurgea periodic la alcool și heroină.

În acord cu criteriile Manualului D.S.M. IV, Martin a fost diagnosticat cu fobie socială și episod depresiv major pe fondul unei tulburări de personalitate de tip borderline.

Pacientul provenea dintr-o familie cu convingeri religioase foarte rigide (sectanți) și avea un frate și o soră cu 7 și respectiv 10 ani mai în vârstă decât el. Părinții nu-i permiseseră să se joace cu ceilalți copii din cauza diferențelor religioase. Mama era dominatoare, agresivă și hipercritică, iar tatăl rece, lipsit de afectivitate și cu tendința de a ține permanent discursuri moralizatoare. Pacientul simțea că nu are nimic în comun cu familia sa, și din acest motiv, încă de la vârsta de 12 ani, a început să frecventeze un grup de tineri rockeri și să se îmbrace ciudat, fapt ce i-a atras critici din partea familiei și a colegilor de clasă. Aceste atitudini l-au determinat să se simtă și mai singur și mai izolat.

Convingerile și supozițiile disfuncționale de bază identificate de pacient au fost „sunt diferit de ceilalți, nu mă potrivesc cu ei" și „sunt un om rău". De aici decurge logic și convingerea „merit să fiu pedepsit" și „nu merit să fiu fericit".

Gândurile negative automate, generatoare de depresie și anxietate au fost: „Îi dezamăgesc din nou pe ceilalți; nu sunt destul de bun pentru ea; ea își bate joc de mine; eu lovesc pe oricine se apropie de mine; ar fi mai bine pentru toată lumea dacă s-ar termina odată totul".

Comportamentele parasuicidare

Pacientul a început să manifeste conduite parasuicidare încă din adolescență, când se dădea cu capul de pereți și se tăia pe brațe cu obiecte ascuțite. Aceste comportamente au persistat de-a lungul întregii sale vieți, cu pauze ce nu au durat mai mult de șase luni. În

ultimii ani, Martin a avut cinci tentative de parasuicid, utilizând supradoze neletale de tranchilizante, fapt ce a determinat internarea sa la clinica de psihiatrie a Spitalului Dr. Al. Obregia.

Interviul clinic a evidenţiat două tipuri de comportament parasuicidar, cu mecanisme psihologice diferite. Astfel, tentativele de automutilare aveau drept obiectiv autoreglarea dispoziţiei, conform următoarei scheme: înainte de a se tăia, pacientul se simţea agitat şi supraîncordat, iar după ce punea în funcţiune comportamentul parasuicidar, devenea calm şi relaxat. După câteva ore, dispoziţia sa se deteriora din nou, el dezvoltând sentimente de culpabilitate, alimentate de convingerile sale negative în legătură cu propria persoană. S-a constatat faptul că automutilările aveau rolul de a reduce tensiunea psihică pe termen scurt. Intervenţia terapeutică asupra acestor comportamente va trebui să aibă ca obiectiv ghidarea pacientului să găsească un alt tip de comportament mai puţin nociv, care să-l ajute să-şi regleze emoţiile.

Celălalt tip de comportament autodistructiv (supradozele de tranchilizante) apărea în momentul în care Martin îşi pierdea speranţa că va putea găsi o soluţie la problemele sale. Acest fenomen se petrecea mai ales atunci când ceva nu mergea bine în viaţa lui (de pildă, ruperea relaţiei cu o parteneră). Mecanismul psihologic al acestor tentative parasuicidare constă în perceperea lipsei de speranţă şi a incapacităţii subiectului de a-şi rezolva problemele personale. Tratamentul acestui aspect va include restructurarea cognitivă a convingerilor disfuncţionale legate de faptul că pacientul nu are niciun viitor, precum şi antrenarea unor abilităţi de a face faţă stresului şi de a rezolva probleme.

Psihoterapia pacienţilor cu conduite parasuicidare

Pacienţii parasuicidari reprezintă un grup eterogen de persoane la care conduitele autodistructive servesc unor scopuri diferite. Identificarea şi conceptualizarea acestora în fiecare caz în parte este absolut necesară pentru succesul tratamentului. Sydley (1998, p. 282) prezintă un ghid orientativ care cuprinde intervenţiile terapeutice în astfel de cazuri.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Iminența conduitei suicidare	Scopul (obiectivul) intervenției	Exemple de strategii
Suicidul se poate manifesta: - imediat - în câteva ore	Creșterea șanselor de supraviețuire	Observare: monitorizare; reducerea accesului la mijloace periculoase. Identificarea și analizarea motivelor pentru care cineva merită să trăiască sau să moară. Utilizarea relației psihoterapeutice pentru a câștiga timp.
Perioadă foarte apropiată: în câteva zile	Rezolvarea crizei	Tehnici de rezolvare de probleme. Antrenamente specifice.
Perioadă apropiată: săptămâni	Restructurarea convingerilor care predispun la comportamente suicidare.	Dovezi pro și contra conduitelor suicidare. Diagrame care să cuprindă diversele motive care pot declanșa comportamente suicidare. Corectarea erorilor de logică. Experimente în sfera comportamentală. Desensibilizare emoțională.
Perioadă îndepărtată: câteva luni	Destructurarea schemelor cognitive care conferă pacientului vulnerabilitate.	Strângerea de date pozitive. Lucrul continuu cu pacientul. Reevaluarea dovezilor legate de interpretarea experiențelor trecute.

Supraviețuirea

Atunci când balanța între trebuința de a supraviețui și dorința de moarte înclină în favoarea acesteia din urmă, obiectivul prioritar al psihoterapiei trebuie să fie maximizarea șanselor de supraviețuire.

Printre metodele utilizate enumerăm:

- întărirea supravegherii pacientului de către personalul medical sau de către familie (în cazul pacienților tratați ambulatoriu);
- limitarea accesului pacientului la materiale sau obiecte care ar putea servi unor scopuri autodistructive;
- pacientului i se cere să expună cât mai multe motive pentru a trăi și pentru a muri.

Motivele pentru a muri invocate de pacient s-au referit la faptul că moartea l-ar elibera de suferința psihică și că astfel nu va mai face rău

altor persoane. Motivele pentru a rămâne în viață au fost ceva mai dificil de identificat. Terapeutul i-a cerut să descopere unele consecințe ale morții sale, consecințe care nu i-ar face plăcere. Acestea au fost: „în ciuda problemelor care au apărut între noi, părinții mei s-ar simți disperați"; „prietenul meu, cu care tocmai m-am certat, s-ar simți foarte vinovat"; „dacă voi supraviețui totuși tentativei de suicid, s-ar putea să rămân handicapat"; „fiica mea în vârstă de 9 ani va fi distrusă aflând de moartea mea și va purta toată viața stigmatul că este fiica unui sinucigaș".

Consecințele negative ale suicidului au fost notate pe o fișă pe care pacientul a trebuit s-o țină la vedere și s-o citească de mai multe ori pe zi. Acesta a fost solicitat și să privească fotografia fiicei sale ori de câte ori simțea impulsul să se sinucidă. A crescut frecvența ședințelor de psihoterapie și terapeutul a utilizat alianța terapeutică pentru a-l determina pe pacient să promită că nu se va sinucide. Rezultatul acestui demers a fost că pacientul a început să nutrească sentimente ambivalente în ceea ce privește sinuciderea, fiind în schimb mult mai agitat.

Rezolvarea stării de criză

Învățarea unor tehnici tradiționale de identificare, combatere și înlocuire a gândurilor negative disfuncționale este foarte dificilă la un pacient aflat în pragul sinuciderii, cu foarte multe probleme nerezolvate, care îi fac viața intolerabilă. În astfel de situații, demersul cel mai potrivit constă în redefinirea crizei în termenii unui șir de probleme ce pot fi rezolvate. Astfel, pacientul nu va mai percepe suicidul ca fiind unica soluție posibilă.

La începutul terapiei, pacienții descriu situația de criză în termeni vagi: „Viața nu mai merită trăită; nu mai pot face față". Terapeutul va ghida subiectul să identifice problemele sale în termeni concreți, sub forma unor emoții sau situații pe care dorește să le modifice, ca de pildă: „trăirea unor sentimente de furie și agitație"; „dispoziție depresivă"; „ceartă recentă cu vecinii"; „singurătate"; „incapacitatea de a oferi afecțiune prietenei și fetiței din prima căsătorie".

Pacientul a fost solicitat la început să se concentreze asupra problemei celei mai concrete (cearta cu vecinii) și să identifice soluții alternative de rezolvare a acesteia, în afară de ingestia unei supradoze de medicamente. Un exemplu de soluție alternativă pentru stresul produs de conflictele cu vecinii ar fi petrecerea weekendurilor în casa părinților de la țară. Terapeutul i-a cerut pacientului să analizeze toa-

te situațiile din trecut care au precedat conduitele parasuicidare și să identifice soluțiile pe care le-ar fi putut pune în aplicare în locul tentativei de suicid. O astfel de analiză îl va ajuta pe pacient să găsească alternative mai constructive și la situațiile problematice care vor apărea în viitor.

Prezentăm în cele ce urmează un model de astfel de analiză, adaptat după Sidley (1998, p. 286):

Situațiile în care se pune problema unei decizii	Acțiuni întreprinse	Soluții alternative
Pacientul s-a simțit deprimat, a mers la locuința prietenei sale, dar aceasta nu se afla acasă.	S-a plimbat pe străzi fără un scop anume, gândindu-se la inutilitatea vieții.	1. Să se întoarcă acasă. 2. Să telefoneze unui prieten și să se întâlnească cu el. 3. Să meargă la un film.
A privit în vitrina unei farmacii.	A cumpărat 200 de tablete de paracetamol.	1. Să treacă pe lângă farmacie și să meargă acasă. 2. Să intre în farmacie și să cumpere ceva inofensiv (pastă de dinți). 3. Să-i spună farmacistei că este disperat și să-i ceară un sfat.
Pacientul era gata să intre într-un local necunoscut.	A intrat în local, s-a așezat singur la o masă și a băut 300 de grame de votcă și 10 cutii de bere.	1. Să apeleze terapeutul sau un prieten de la telefonul din local. 2. Să meargă la un local cunoscut, unde poate întâlni prieteni. 3. Să intre în barul necunoscut și să bea o Coca-Cola.
Părăsește localul într-o stare de deprimare și de ebrietate avansată.	Se întoarce acasă în apartamentul pustiu, ia 100 de tablete de paracetamol și mai bea o cantitate de 250 de grame de votcă.	1. Să încerce din nou să-și găsească prietena. 2. Să se ducă la locuința unui prieten. 3. Să meargă la cabinetul de psihoterapie, chiar fără programare.

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Martin a fost solicitat să efectueze și unele teme pentru acasă în cadrul cărora i s-a cerut să noteze zilnic numele a trei persoane pe care le-a cunoscut de-a lungul timpului, trei locuri pe unde a fost și trei activități pe care le-a desfășurat, și să-și amintească detalii în legătură cu acestea. La început, pacientul a susținut că tema era prea dificila și că îi veneau în minte mai ales amintiri cu conținut negativ, dar, treptat, a început să constate că evoca și amintiri care infirmau convingerile sale că este o persoană rea, care nu merită să fie iubită.

Restructurarea gândurilor și convingerilor negative

Atunci când pacientul nu se află într-o criză suicidară acută, se poate trece la restructurarea convingerilor negative care predispun către comportamentul suicidar. Aceste convingeri se referă, în general, la următoarele aspecte:

1. Convingeri legate de faptul că acțiunile autodistructive reprezintă soluția preferată sau unica soluție pentru a rezolva problema: „Nu pot trăi fără Elena și unicul mod de a-i face pe ceilalți să înțeleagă acest lucru este să mă omor".

2. Convingeri cu caracter indirect, care contribuie la apariția și menținerea în final a lipsei de speranță.

Convingerile negative trebuie identificate, apoi li se adresează provocări pentru a li se testa gradul de veridicitate și în final sunt înlocuite cu convingeri mai raționale. Astfel, convingerea „nu pot să mai suport starea de agitație și deprimare" a fost abordată astfel:

Pacientului i s-a cerut să identifice acele împrejurări în care s-a simțit foarte rău, dar nu a recurs la o supradoză de medicamente, deci a făcut față situației. S-a efectuat, de asemenea, un experiment în sfera comportamentală, experiment în care pacientul a fost expus în mod artificial unei stări de tensiune psihică prin intermediul imaginării unor scene care i-au produs cândva o stare de agitație și deprimare, după care încercase să se sinucidă, ingerând o doză subletală de medicamente.

Pacientului i s-a cerut să retrăiască scena în plan mental în timpul ședinței de psihoterapie și apoi să se imagineze pe sine în altă ipostază decât cea de a încerca să se sinucidă. S-a constatat că nivelul disconfortului psihic a crescut la începutul ședinței la 90%, scăzând apoi la 40% după 15 minute.

Drept rezultat, pacientul a reușit să ia în considerare și convingerea alternativă: „Deși aceste stări afective sunt foarte neplăcute, pot să le depășesc, și acest lucru devine mai ușor de realizat după câteva minute".

Restructurarea schemelor cognitive de bază

Modificarea gândurilor și convingerilor negative cu caracter situațional nu este suficientă pentru a preveni comportamentul parasuicidar. Într-o etapă mai avansată a terapiei, terapeutul va trebui să atace schemele cognitive negative de bază, formate în copilărie și consolidate de-a lungul vieții pacientului, scheme de tipul „sunt o persoană rea"; „nu merit să fiu fericit"; „merit să fiu pedepsit" etc. Astfel de scheme cognitive alimentau comportamentele de automutilare manifestate de Martin, ele având un rol de autoreglare a dispoziției, pentru că orice ameliorare a stării sale afective venea în conflict cu convingerea că nu merită să fie fericit, element care genera, la rândul său, o stare afectivă negativă. Intervenția terapeutică în vederea reducerii vulnerabilității față de conduitele autodistructive a fost îndreptată împotriva convingerii de bază „sunt o persoană rea".

Pacientului i s-a cerut să adune dovezi din cadrul evenimentelor vieții cotidiene, din care să rezulte că această convingere nu este 100% adevărată. După un anumit exercițiu, Martin a fost capabil să identifice măcar una sau două situații cotidiene care nu confirmau convingerea că este o persoană rea („Un fost coleg mi-a spus că eu mă gândesc totdeauna la alții", „Am împărțit în fiecare zi mâncarea mea cu un bolnav sărac" etc.). Tehnica înregistrării dovezilor care infirmau credința negativă a fost aplicată timp de patru luni, în final pacientul dându-și seama că așa-zisa lui răutate nu este un element real, ci doar o convingere falsă.

Terapeutul i-a cerut, de asemenea, subiectului să identifice în biografia sa elemente pe care le consideră ca fiind dovezi neconcludente în sprijinul afirmației că este o persoană rea. Odată identificate aceste elemente, terapeutul l-a ajutat să le găsească și o altă interpretare. Astfel, un episod în care pacientul avea 10 ani și mama sa i-a strigat în fața întregii familii că este un „copil mizerabil" a fost interpretat drept un semn al unor simptome nevrotice ale mamei sale. Au fost identificate, de asemenea, în cadrul unor experiențe de viață, și dovezi care contraziceau convingerea negativă (a îngrijit o vecină bolnavă fără să pretindă vreun beneficiu material).

În urma utilizării metodelor cognitiv-comportamentale, forța convingerii sale că este „o persoană rea" a scăzut de la 100% la 40%. Intervenția psihoterapeutică a condus la ameliorarea stării pacientului, acesta nemaifăcând nicio tentativă de parasuicid în

următorii trei ani. Cu toate acestea, el a mai avut perioade de disforie sau de anxietate accentuată, când a urmat un tratament psihiatric ușor.

De asemenea, pacientul obișnuia să-și viziteze psihoterapeutul la un interval de aproximativ trei luni. Acesta l-a încurajat să practice artele marțiale (aikido) la un club de amatori și să se înscrie la un curs de calculatoare, activități care s-au dovedit a fi deosebit de utile.

Terapia cognitiv-comportamentală la pacienții suicidari

Reinecke (2000) subliniază faptul că iminența suicidului reprezintă o situație de criză psihologică atât pentru pacient, cât și pentru terapeut. Acesta din urmă va trebui să acționeze rapid și eficient în cazul pacienților care au comis o tentativă de suicid sau care intenționează să o comită.

Autorul consideră că de cele mai multe ori crizele suicidare sunt limitate în timp, deși ideile cu conținut suicidar pot să se mențină o perioadă mai îndelungată.

Tendința puternică și de nestăvilit a pacientului de a-și lua viața, precum și sentimentul incapacității de a-și controla impulsurile autodistructive dispar, de regulă, după o perioadă scurtă de timp. Din acest motiv, cu ajutorul strategiilor terapeutice, starea depresivă poate fi ameliorată. Pacientul își va însuși apoi noi modalități de a face față stresului, strategii menite să prevină apariția unor viitoare crize.

Privit din perspectiva cognitivistă, suicidul reprezintă o stare de spirit, un rezultat al unui mod distorsionat de a gândi care conduce la depresie, la imposibilitatea de a întrevedea soluții alternative, precum și la aprecierea dihotomică a situațiilor. Studiile clinice au evidențiat faptul că indivizii suicidari tind să evalueze evenimentele în culori extreme („alb-negru") și au dificultăți în perceperea nuanțelor, subtilităților și a relativității lucrurilor (Neuringer, 1968; Neuringer și Lettieri, 1971; Wetzel, 1976).

S-a constatat, de asemenea, că acești pacienți prezintă un număr mai mare de gânduri și convingeri iraționale (Prezant și Neimayer, 1988), se comportă într-o manieră impulsivă (Ellis și Ratliff, 1986; Patsiokas, Clum și Luscomb, 1979), au dificultăți în evaluarea pozitivă a viitorului (MacLeod et al., 1998) și prezintă deficiențe în ceea ce privește dezvoltarea abilităților sociale și de rezolvare de probleme (Bonner și Rich, 1988; Priester și Clum, 1993; Rudd, Rajb și Dahm, 1994). Pacienții suicidari au tendința de a se izola de ceilalți și relatează frecvent faptul că familiile din care au provenit nu sunt suportive și coezive (Reinecke, 2000).

Sentimentul acut al lipsei de speranță, precum și evenimentele stresante de viață fac să crească riscul apariției unor idei și componente suicidare. O serie de cercetări au demonstrat faptul că lipsa de speranță reprezintă un predictor important al suicidului în cazul populației adulte. Lipsa de speranță este definită ca un set de expectații negative referitoare la propria persoană și la viitor, și este concomitentă cu depresia (Beck, 1967; 1986; Dyer și Kreitman, 1984; Weishaar și Beck, 1992).

Cercetările au evidențiat faptul că lipsa de speranță reprezintă un predictor al suicidului la pacienți diagnosticați cu tulburare afectivă majoră, schizofrenie și abuz de alcool (Beck, Wizman și Kovacs, 1976; Drake și Cotton, 1986; Fawcett et al., 1987).

Mai mult, s-a constatat că lipsa speranței poate diferenția pacienții suicidari de cei non-suicidari la nivel egal de depresie (Ellis și Ratcliff, 1986).

Există și studii care au condus la sistematizarea factorilor de risc pentru comportament suicidar. Astfel, Buglass și Horton (1974) au identificat șase factori asociați cu riscul unei tentative viitoare de suicid:

1. consum abuziv de alcool;
2. tulburare de personalitate sociopatică;
3. tratament psihiatric spitalizat;
4. tratament psihiatric ambulatoriu;
5. tentative anterioare de suicid pentru care pacientul a fost spitalizat;
6. pacientul locuiește singur.

Tipuri de pacienți suicidari

Freeman și Reinecke (1993) descriu patru categorii de suicid:

1. suicidul pacienților lipsiți de speranță;

2. suicidul psihotic;
3. suicidul raţional;
4. suicidul impulsiv sau histrionic.

1. Suicidul pacienţilor lipsiţi de speranţă

Este specific indivizilor care consideră intolerabilă situaţia lor şi nu întrevăd nicio speranţă de schimbare. Aceştia sunt pesimişti şi apreciază suicidul drept singura soluţie rezonabilă pentru problema lor. Adesea, ei sunt motivaţi de dorinţa de a se elibera de problemele lor, suicidul apărând ca o modalitate de adaptare. Deşi sunt de multe ori ambivalenţi în ceea ce priveşte încheierea vieţii, sentimentul permanent de neajutorare îi determină să treacă la fapte. Aceşti pacienţi trăiesc şi alte stări afective negative, cum ar fi furia, culpabilitatea, ruşinea, teama, sentimentul de izolare şi singurătate, dar lipsa de speranţă în ceea ce priveşte viitorul îi îndeamnă să recurgă la gestul fatal.

2. Suicidul psihotic

Este specific pacienţilor cu idei delirante şi halucinaţii. Deşi suicidul determină moartea prematură a unor bolnavi de schizofrenie, studiile nu au confirmat opinia conform căreia pacienţii deliranţi realizează tentative de suicid sub imperiul unor comenzi de tip halucinant (Nathan şi Rousch, 1984). Dimpotrivă, pacienţii schizofrenici comit tentative de suicid în perioadele de relativă luciditate. Cronicitatea afecţiunii şi caracterul implacabil al episoadelor psihotice reprezintă factori de risc pentru comportamentul suicidar pentru că pacienţii conştientizează deteriorarea comportamentului lor, devenind tot mai pesimişti.

3. Suicidul raţional

Este specific unor indivizi care se află în stadiul terminal al unei boli cronice sau suferă de o afecţiune invalidantă cu caracter progresiv şi pentru care suicidul apare ca singura soluţie raţională, motivată de dorinţa de a se elibera de suferinţă, durere sau de a evita consecinţele stării lor fizice care se deteriorează tot mai mult.

Studiile au evidenţiat faptul că doar 2% din pacienţii terminali au tentative de suicid şi din acest procent majoritatea suferă de depresie, ceea ce ne determină să punem sub semnul întrebării conceptul de suicid raţional.

4. Suicidul histrionic sau impulsiv

Subiecții care comit astfel de tentative au intenția de a-i manipula pe cei din jur. Aceștia sunt motivați de dorința de a atrage atenția asupra lor sau de a se răzbuna pe cineva. Deși tentativele lor au un caracter impulsiv și demonstrativ, această categorie nu trebuie neglijată pentru că există posibilitatea ca tentativa să reușească, chiar dacă pacienții nu au avut această intenție. Subliniem faptul că tipologiile respective pot să interfereze unele cu altele, fenomen ce trebuie luat în considerare în alcătuirea obiectivelor și planului psihoterapeutic.

Beck și Rush et al. (1979) împart, la rândul lor, pacienții suicidari în două categorii în funcție de motivația care stă la baza gestului lor: pacienți motivați de dorința de a scăpa de suferință și pacienți motivați de dorința de a comunica (de a atrage atenția celorlalți asupra faptului că au probleme). Cei din prima categorie sunt mult mai lipsiți de speranță comparativ cu ceilalți.

Evaluarea motivației comportamentului suicidar este deosebit de importantă, deoarece obiectivele terapiei vor fi diferite pentru cele două categorii de subiecți. În cazul primei grupe, terapia va fi focalizată asupra sentimentelor de pesimism, în timp ce pentru cea de-a doua, obiectivul terapiei îl va reprezenta elaborarea unor deprinderi de comunicare adecvată și reglarea sentimentelor de ostilitate. Deși riscul suicidar trebuie luat în considerare atunci când se lucrează cu orice pacient depresiv, acestuia trebuie să i se acorde o atenție sporită mai ales în două situații: atunci când pacientul exprimă idei cu conținut suicidar și atunci când există tentative de suicid în antecedente (William și Wells, 1989).

Interviul clinic pentru pacienții cu risc suicidar

Acesta se realizează cu pacientul și cu membrii familiei acestuia și trebuie să urmărească obținerea următoarelor informații (Freeman și Reinecke, 1993; Motlo, 1989; Yufit și Bongar, 1992):

1. Care sunt motivele care îl determină pe pacient să se gândească la suicid? Dorește el să se elibereze de probleme, să-i manipuleze pe ceilalți, să le capteze atenția sau să se răzbune pe cineva?

2. Prezintă pacientul tulburări de natură psihiatrică?

3. Este acesta depresiv sau/și lipsit de speranță? Este anxios, ostil, suspicios sau agitat?

4. Consideră acesta că situația este intolerabilă și necesită o soluție imediată?

5. Care este intensitatea intenției suicidare? Este aceasta riguros planificată sau are un caracter impulsiv? Crede pacientul că va reuși să-și pună în aplicare intențiile? Anticipează acesta că va fi salvat?

6. Ce factori situaționali sau sociali contribuie la comiterea tentativei de suicid? Reprezintă aceștia probleme pe termen lung sau fără soluție?

7. Posedă pacientul strategii de a face față stresului sau dimpotrivă, adoptă strategii dezadaptative cum ar fi abuzul de alcool sau droguri? A fost acesta capabil să depășească în trecut situațiile stresante?

8. De ce resurse sau suporturi sociale dispune pacientul? Există persoane la care poate apela și în care are încredere? Cum crede el că privesc prietenii sau membrii familiei intenția sa de a-și lua viața? Este pacientul singuratic, izolat de ceilalți?

9. Care este atitudinea pacientului față de moarte și suicid?

10. Consideră subiectul că are suficiente motive pentru a trăi? (Speranța pentru viitor reprezintă un motiv foarte serios.) Consideră acesta că schimbarea în bine ar fi posibilă și că el ar fi capabil să contribuie la aceasta?

11. Prezintă pacientul convingeri, atitudini și expectații care să susțină dorința lui de a muri?

12. Este pacientul capabil să găsească soluții alternative? Stilul cognitiv al pacientului este rigid sau flexibil? Ar putea acesta să accepte alternative venite de la terapeut sau are tendința de a le respinge de la început?

13. Există perioade când pacientul s-a simțit deprimat sau disperat? Cât de frecvente au fost respectivele perioade, cât de mult au durat?

14. A formulat pacientul un plan concret pentru a se sinucide? Cât de bine pus la punct este planul respectiv? Dispune acesta de mijloacele necesare pentru a-l duce la îndeplinire?

Terapeutul va trebui să acorde o atenție deosebită nivelului depresiei, lipsei de speranță, anxietății și ostilității. Eficiența terapiei cognitive pentru pacienții suicidari, la fel ca și în alte situații clinice, depinde de stabilirea unei relații terapeutice bazate pe încredere și colaborare, de conceptualizarea clară a problemelor, precum și de elaborarea adecvată a unor planuri de terapie

Beck, Rush et al. (1989) au stabilit anumite etape ale demersului terapeutic realizat cu acești pacienți. Autorii consideră că, după evaluarea riscului suicidar și după înțelegerea motivației pacientului

pentru acest tip de comportament autodistructiv, primul obiectiv al terapeutului este să intre în lumea pacientului și să încerce să o privească cu ochii lui. Empatizarea cu starea de disperare a acestuia, afirmarea faptului că terapeutul îi înțelege motivele și convingerile, că nu există alternativă, conferă pacientului sentimentul că este înțeles și acceptat.

Freeman și Reinecke (1993) sunt de părere că terapeutul trebuie să i se adreseze pacientului cu afirmații de tipul următor: „Suicidul reprezintă o opțiune pentru că lucrurile stau rău în cazul tău, iar dispariția poate fi luată în considerare". Această afirmație trebuie urmată de prezentarea altor variante, precum și a unor pași concreți care ar putea fi parcurși pentru punerea lor în practică. În afară de stabilirea raportului, o astfel de abordare contribuie la reducerea tendințelor de manipulare ale pacienților care obțin beneficii secundare de pe urma amenințării cu sinuciderea. Deoarece pacienții consideră sinuciderea drept unica soluție posibilă, terapeutul va trebui să le trezească speranța și să le arate faptul că, deși suicidul rămâne o opțiune, aceasta nu reprezintă nici singura și nici cea mai bună alegere.

Obiectivul gestionării crizei psihologice îl reprezintă salvarea vieții pacientului. Acesta poate fi atins prin redarea speranței și întărirea motivației pentru a trăi, prin înlăturarea factorilor stresanți și prin acordarea unui sprijin psihologic.

Confruntat cu un pacient suicidar, terapeutul va adopta un demers activ, orientat spre rezolvarea de probleme, prezentând soluții și fragmentând situațiile care îl copleșesc pe pacient în elemente care pot fi soluționate. Terapeutul nu va acorda o atenție prea mare, cel puțin la început, istoriei vieții sau analizării relației terapeutice. În cazul în care pacientul adoptă strategii dezadaptative de a face față stresului (alcool, droguri), terapeutul îl va ajuta să-și formeze deprinderi mai sănătoase de a depăși dificultățile existenței.

Trebuie avut în vedere și faptul că pacienții suicidari se simt izolați și consideră că nu există nicio persoană pe care să se poată baza. Din acest motiv, psihoterapeutul trebuie să devină o astfel de persoană. Ședințele de psihoterapie vor fi programate ori de câte ori este necesar, iar pacientul va primi numărul de telefon al terapeutului în caz de urgență.

Terapeutul va adopta o atitudine calmă, activă și suportivă, care să sugereze faptul că situația poate fi depășită și că există soluții la problema pacientului. În cazul în care acest lucru este posibil, vor fi

angajate în managementul crizei rudele sau prietenii pacientului. De asemenea, terapeutul va întreprinde măsuri pentru ca pacientul să nu aibă acces la mijloace care ar putea fi utilizate pentru a-şi duce la îndeplinire intenţiile (de pildă, să nu aibă acces la armele de foc sau la reţete pe baza cărora să-şi procure medicamente). Aşa cum am mai subliniat, terapeutul va acorda o atenţie deosebită lipsei de speranţă, concentrându-se asupra motivelor care îl determină pe pacient să se simtă pesimist şi demoralizat. Acest obiectiv trebuie abordat încă din prima şedinţă şi urmărit în cursul celorlalte şedinţe de psihoterapie, terapeutul manifestând permanent o atitudine optimistă şi plină de încredere.

În cazul în care pacientul afirmă că nu poate rezista impulsului suicidar sau trăieşte într-un mediu ostil şi conflictogen, este necesară spitalizarea acestuia. Odată criza depăşită, se va institui un demers terapeutic pe termen lung, în cadrul căruia se vor utiliza strategiile cognitiv-comportamentale pentru depresie şi anxietate, menite să înarmeze pacientul cu tehnici de a face faţă situaţiilor stresante. În această etapă, terapeutul va lucra pentru a-l ajuta pe pacient să-şi însuşească modalităţi mai eficiente de comunicare. Se recomandă psihoterapia de familie, precum şi antrenamentul de însuşire a unor abilităţi sociale.

Se va acţiona, de asemenea, asupra problemelor legate de consumul de alcool sau droguri (Beck, Wright şi Newman, 1992), ca şi pentru reducerea comportamentelor impulsive, formarea unei atitudini pozitive faţă de problemele existenţei şi dezvoltarea flexibilităţii cognitive şi comportamentale. Pacientul va fi stimulat să-şi descopere capacitatea de a influenţa evenimentele vieţii, iar convingerea sa că suicidul reprezintă unica soluţie va fi combătută.

Un obiectiv important al psihoterapiei constă în dezvoltarea sentimentului eficienţei personale şi a autocontrolului. Pe măsură ce pacientul devine capabil să ofere soluţii alternative la suicid, terapeutul va acţiona pentru ruperea legăturii dintre gând şi acţiunea impulsivă. De asemenea, vor fi discutate deschis motivele pentru care pacientul merită să trăiască, precum şi cele pentru care el crede că trebuie să moară şi vor fi elaborate scenarii pozitive pentru viitor.

O atenţie deosebită va fi acordată gândurilor negative generate de depresie, precum şi schemelor cognitive disfuncţionale care guvernează relaţiile interpersonale. Tehnicile cognitive utilizate sunt: moni-

torizarea, combaterea și înlocuirea gândurilor și convingerilor disfuncționale, metoda imaginației dirijate, alungarea gândurilor autoconvulsive, distragerea, notarea evenimentelor pe scale gradate, metoda asociațiilor dirijate, reatribuirea și discutarea semnificațiilor unor situații. Intervențiile comportamentale sunt îndreptate în special în direcția formării unor deprinderi de a face față stresului și includ: alcătuirea unor orare și programe, antrenament asertiv, relaxare, sarcini comportamentale gradate, evaluarea activităților după criteriile eficienței și plăcerii, expunerea în plan imaginativ și real, repetările (exersările) comportamentale etc.

Unii autori utilizează și contractele dintre pacient și terapeut, prin care pacientul se angajează să nu comită suicidul, deși nu există dovezi științifice în legătură cu eficiența acestora. Reinecke (2000) este de părere că aceste contracte au mai mult rolul de a-l securiza pe terapeut.

Prezentare de caz

Mirela, profesoară de filosofie în vârstă de 37 de ani, s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie la recomandarea medicului psihiatru, după ce a fost externată de la Spitalul nr. 9. Pacienta prezenta în continuare depresie accentuată, anxietate și puternice sentimente de ostilitate. Mirela își pregătea teza de doctorat și avea câteva ore la un liceu.

Pacienta era căsătorită a treia oară și locuia împreună cu soțul și două fetițe de 11 și 13 ani. Deși pierduse în greutate 15 kg, investigațiile de laborator nu au evidențiat nicio cauză organică. Pacienta fusese diagnosticată cu cancer de sân, dar nodulul fusese extirpat integral, nemaifiind necesară chimioterapia sau radioterapia. Pacienta își făcea numeroase griji deoarece o mătușă de-a ei murise de cancer cu ani în urmă și credea că ar fi posibil să i se întâmple și ei același lucru.

Mirela a afirmat că s-a simțit deprimată de când se știe, dar că în ultimii cinci ani depresia ei s-a accentuat foarte mult. Ea acuza, de asemenea, și anumite simptome somatice fără acoperire fiziologică. Starea ei s-a înrăutățit după admiterea la doctorat, ea afirmând că se simte vinovată fiindcă este în viață și „distruge tot ce atinge". Terapeutul i-a cerut să se exprime mai precis, și pacienta a declarat: „Încurc viețile celorlalți"; „Nu sunt agreabilă"; „Îi fac pe cei din jurul meu să se simtă prost"; „Nu pot sta singură, dar nu mă simt bine nici cu alții"; „Nu resimt bucuria vieții și nici vreo împlinire". Ea a relatat faptul că așa a fost încă din copilărie, când a luptat cu puternice sentimente de culpabilitate și a simțit mereu nevoia să fie aprobată de ceilalți.

Simptomele pacientei au fost sistematizate astfel:

Afective: disforie, iritabilitate, culpabilitate, anxietate, îngrijorare, teamă, anhedonie, lipsă de speranță, neajutorare.

Cognitive: ruminații în legătură cu erorile trecute, depersonalizare, senzația de irealitate, stimă de sine scăzută, confuzie, idei suicidare, dificultăți de concentrare a atenției și de memorie.

Fiziologice: fatigabilitate, libido scăzut, inapetență, scădere ponderală accentuată, senzație de greață, insomnii, coșmaruri, trezire timpurie, uscăciune a gurii.

Comportamentale: lentoare psihomotorie, agitație, tremorul mâinilor, plâns facil, evitare socială, neliniște, comportament impulsiv față de fiice.

Mirela a relatat că dificultățile ei se accentuau înaintea examenelor de doctorat, ea temându-se că nu se va prezenta cum trebuie.

De asemenea, era anxioasă când trebuia să meargă la medic sau când se afla departe de fiicele sale (îi apăreau gânduri și imagini legate de faptul că acestea au murit într-un accident). Pacienta nu se simțea bine în vacanță, suportând greu perioadele de timp nestructurate. Diagnosticul pus de psihiatru a fost episod depresiv major și tulburare anxioasă generalizată. Acest diagnostic s-a suprapus pe fondul distimic și cu trăsături de personalitate de tip borderline și dependență. Ținând seama de acest tablou clinic, medicul a apreciat faptul că există un risc suicidar crescut și a indicat continuarea tratamentului psihiatric și psihoterapie.

La interviul clinic, pacienta a relatat că nu dorește să trăiască și că are o puternică dorință de a muri. Ideile ei suicidare erau frecvente și persistente. Ea afirma că, deși este ambivalentă în ceea ce privește ideea de suicid, nu-și putea controla impulsurile.

Mirela nu s-a decis încă să-și pună în practică ideile pentru că se temea de efectele gestului său asupra familiei, precum și de suferința fizică pe care ar fi trebuit să o suporte în caz de nereușită. Mai târziu ea a afirmat că este o mamă și o soție rea, că nu are vocație didactică și că din aceste motive va fi curând uitată de toată lumea. Mirela și-a motivat intențiile suicidare prin faptul că moartea ar elibera-o de probleme.

Pacienta nu a elaborat un plan concret pentru a-și duce la îndeplinire intențiile. Aceasta nu deținea o cantitate mare de medicamente, tratamentul fiindu-i administrat de soț, care era foarte înțelegător și suportiv. Mirela a promis să nu întreprindă nimic până la ședința

viitoare de psihoterapie și din acest motiv terapeutul nu a recomandat reinternarea.

În urma interviului a rezultat faptul că pacienta nu se confrunta cu probleme stresante deosebite, avea o situație financiară bună, o familie reușită, fetele învățau bine, soțul era afectuos, avea câțiva prieteni, iar rezultatele ei școlare și universitare fuseseră excelente (terminase facultatea cu media 10). Cu toate acestea, Mirela afirma că se simte singură, caracterizându-și soțul ca pe un „sfânt" sau „masochist".

Anamneza a evidențiat următoarele aspecte: Mirela s-a născut când mama ei avea 45 de ani, sora ei fiind cu 18 ani mai mare. Mama ei a realizat câteva tentative de a întrerupe sarcina, dar nu a reușit. „Mama nu putea să mă ierte că m-am născut." Ori de câte ori făcea vreo greșeală, mama ei o amenința că o va părăsi. Deși Mirela a fost un copil foarte cuminte și învăța excepțional, mama o certa mereu, spunându-i că este rea și proastă. Ea își amintea de mama ei ca de o ființă supărată și încordată, de care îi era permanent frică. Aceste experiențe au determinat-o să-și formeze opinia că oamenii sunt imprevizibili și că o vor respinge pentru că este lipsită de calități, vulnerabilă și nu merită să fie iubită.

Tatăl pacientei, înalt funcționar în Ministerul de Externe, era mereu plecat în străinătate, Mirela percepându-l ca inexistent, la fel ca și pe sora ei, care s-a căsătorit când pacienta avea patru ani. În copilărie, Mirelei i-a fost permanent teamă să rămână singură, stare pe care o trăia și în prezent. Mirela a intrat prima la Facultatea de filosofie, fără pregătire suplimentară, și a avut numai note maxime la examene. În anul trei s-a căsătorit prima oară cu un coleg de care a divorțat după doi ani. Ulterior s-a recăsătorit cu un asistent, dar nici această căsnicie nu a durat prea mult, pacienta afirmând că s-a temut de faptul că o vor părăsi ei întâi deoarece este o „ființă imposibilă".

Prezentăm în pagina următoare tabelul factorilor de risc suicidar (adaptat după Reinecke, 2000, p. 108).

Problemele și simptomele Mirelei au fost conceptualizate în termeni cognitiviști.

Stil adaptativ: evitare, retragere, căutare permanentă de asigurări.

Distorsionări și procese cognitive: gândire de tip dihotomic („totul sau nimic"), personalizare, maximizare-minimalizare, abstragere selectivă, imperative categorice, atenție focalizată asupra propriei persoane, stil cognitiv ruminativ, atitudine dependentă și evitantă.

Indicator	Interpretare
Randament în situațiile curente	Bun; este o bună profesoară, o bună gospodină; țipă frecvent la copii
Stilul de viață	Stabil, dar refuză activitățile agreabile, prestându-le doar pe cele obligatorii
Suport afectiv	Soțul este înțelegător, copiii nu pun probleme; câțiva prieteni buni, deși are tendința de a-i evita
Situații stresante	Puține; stres moderat la școală; are tendința de a amâna examenele de doctorat
Resurse de a face față stresului	Inteligentă, creativă, cu simțul umorului, motivată să-și depășească starea
Istoria psihiatrică	Tratament ambulatoriu timp de doi ani; o spitalizare
Suicid în familie	Absent
Probleme somatice	Cancer de sân operat; fatigabilitate, acuze somatoforme
Situații stresante recente	Admiterea la doctorat
Depresie	Severă
Anxietate	Accentuată
Pesimism	Accentuat
Expectații pozitive pentru viitor	Absente
Irascibilitate	Accentuată
Utilizare de alcool sau droguri	Nu
Impulsivitate	Redusă
Ideații cu conținut suicidar	Moderate/Severe
Tentative anterioare de suicid	Absente
Rezolvarea problemelor de viață	Se realizează cu mare dificultate
Distorsionări cognitive	Numeroase și foarte accentuate; predomină gândirea de tip dihotomic
Centrare asupra propriei persoane	Foarte accentuată
Stil cognitiv bazat pe ruminații	Prezent aproape permanent

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Gânduri negative automate: „niciodată nu voi fi la fel de bună precum ceilalți"; „celorlalți nu le pasă de mine"; „ceilalți nu vor mai dori să mă vadă"; „distrug tot ce ating"; „sunt o persoană îngrozitoare"; „voi fi pedepsită dacă mă voi simți fericită"; „nimeni nu mă poate ajuta"; „oamenii nu sunt interesați decât de bani"; „nu voi putea face față"; „se va întâmpla ceva rău"; „viața nu merită să fie trăită"; „nu mă pot descurca singură"; „sunt prea bătrână pentru a mai face carieră universitară".

Supoziții și convingeri disfuncționale: „dacă sunt împreună cu familia, mă simt în siguranță"; „nu trebuie să te simți fericit pentru că ți se va întâmpla ceva rău".

Scheme cognitive: „sunt o persoană plină de defecte, care nu merită să fie iubită"; „oamenii sunt nepăsători și te resping"; „lumea este un loc periculos".

Rezolvare de probleme: consideră că nu este capabilă să-și rezolve problemele personale; are capacitatea de a le rezolva în plan rațional, dar anticipează doar eșecuri.

Intervenția psihoterapeutică

Primul obiectiv al terapiei este menținerea pacientei în viață. Din acest motiv, terapeutul a realizat o evaluare atentă a factorilor de risc suicidar, după care a abordat problematica depresiei și lipsei de speranță.

Încă de la prima ședință, Mirela și-a exprimat rezervele în legătură cu eficiența tratamentului. Terapeutul a ajutat-o să adune argumente pro și contra tratamentului, pacienta acceptând în cele din urmă să se angajeze în terapie. Ea a afirmat la un moment dat că, dacă s-ar simți mai bine, ceilalți ar cere mai mult de la ea, subliniind faptul că „se ascunde în spatele depresiei, deoarece se teme că nu va face față referatelor și examenelor din cadrul stagiului de pregătire a tezei de doctorat. Terapeutul i-a trasat ca sarcină pentru acasă să-și planifice materia și să învețe câte o oră pe zi până la ședința viitoare de psihoterapie. Din acel moment, pacienta a început să se pregătească și a trecut examenul cu notă maximă.

Mirela considera că este imposibil să-ți modifici în mod voluntar starea afectivă și că s-a simțit dintotdeauna deprimată fără motiv. Ea a avut dificultăți în identificarea gândurilor negative automate și în precizarea momentelor în care s-a simțit bine. Terapeutul a învățat-o

o tehnică simplă de relaxare și i-a cerut să evoce anumite amintiri agreabile din copilărie. La început, acest lucru a fost realizat cu dificultate, dar după câteva exersări pacienta a evocat imagini în care se vedea pe sine jucându-se cu copiii pe stradă și simțindu-se fericită. În felul acesta, pacienta a conștientizat faptul că stările emoționale pot fi influențate voluntar.

Terapeutul a abordat apoi convingerile negative care conduceau la exacerbarea crizei, acest proces parcurgând următoarele etape:

1. Identificarea și descrierea stării afective negative.
2. Identificarea gândurilor sau sentimentelor care le declanșează.
3. Identificarea gândurilor negative automate care contribuie la menținerea stării respective („Ce anume îți vine în minte atunci când te simți astfel?")
4. Conștientizarea importanței acestor convingeri în generarea stării afective negative.
5. Strângerea de dovezi care să infirme convingerile respective.
6. Identificarea celor mai evidente dovezi împotriva convingerilor negative.
7. Elaborarea unui mod alternativ, adaptativ de a interpreta situația respectivă.
8. Observarea modului în care se va modifica dispoziția în cazul în care va fi acceptat punctul de vedere alternativ.
9. Elaborarea unui plan de utilizare a informațiilor acumulate pentru a face față situațiilor de viață.

Terapeutul a ajutat-o pe pacientă să decatastrofizeze situația. Astfel, atunci când ea a spus că nu-și poate tolera depresia, terapeutul a întrebat-o cum a reușit totuși să o tolereze de-a lungul întregii vieți. Pacienta a zâmbit și a spus că este evident că și-a tolerat depresia, dar că acest lucru nu-i face plăcere.

În continuare au fost abordate convingerile disfuncționale „nimănui nu-i pasă de mine"; „nu pot face față problemelor vieții".

Terapeutul i-a cerut să strângă dovezi care să le infirme și apoi să le înlocuiască cu convingeri mai raționale. Demersul terapeutic s-a focalizat apoi asupra supozițiilor disfuncționale și schemei cognitive legate de eșec:

„Nu-mi voi termina teza de doctorat."
„Nu voi merge mai departe."
„Nu sfârșesc nimic din ce am început."

„Mama mi-a spus că las întotdeauna lucrurile neterminate."
„Nu sunt capabilă să-i ajut pe ceilalți."
„Sunt o persoană imposibilă."
„Nu voi fi în stare să-mi port singură de grijă."
„Trebuie să mă sprijin pe alții."
„Voi fi o povară pentru ceilalți."

Se desprind de aici supoziții disfuncționale legate de tema incapacității și abandonului: „sunt incapabilă"; „ceilalți mă vor părăsi".

A fost utilizată din nou tehnica imaginației dirijate și pacienta a relatat că a vizualizat-o pe mama ei spunându-i că însăși prezența ei la psihoterapie demonstrează că este o persoană ratată. Mirela a devenit agitată și a afirmat că și terapeutul o va refuza pentru că nu progresează suficient de repede. Terapeutul a utilizat relația psihoterapeutică pentru a o ajuta să alunge temerile respective.

Intervenția asupra supozițiilor disfuncționale și a schemelor cognitive de bază a putut fi realizată abia după ce momentul de criză a fost depășit. S-a lucrat, de asemenea, asupra relației pacientei cu soțul și copiii, pacienta convingându-se treptat că fetele au nevoie de mai multă independență. Soțul a fost invitat la două ședințe de psihoterapie în care cei doi și-au expus problemele sub îndrumarea terapeutului.

Pe întreaga durată a terapiei, pacienta a practicat în timpul ședințelor și individual acasă o tehnică de relaxare cu imaginație dirijată. I s-a cerut, de asemenea, să-și monitorizeze activitățile după criteriul eficienței și plăcerii și să urmeze un program strict de studiu. După cea de-a 14-a ședință de psihoterapie, pacienta a afirmat că se simte mai bine, randamentul ei profesional s-a ameliorat și a solicitat medicului psihiatru reducerea dozelor de medicamente.

Demersul terapeutic viitor a avut ca obiectiv anxietatea de separare și atacarea convingerilor disfuncționale de bază care au determinat-o pe pacientă să fie depresivă și pesimistă în legătură cu viitorul.

BCU IAȘI UNIVERSITY LIBRARY

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările conduitei alimentare

Fairburn (1981) a publicat primul studiu referitor la utilitatea psihoterapiei cognitiv-comportamentale în tratamentul tulburărilor conduitei alimentare. Acest studiu se referea la rezultatele pozitive obținute în tratarea bulimiei nervoase, afecțiune considerată până atunci incurabilă (Russell, 1979). Cercetările ulterioare au evidențiat faptul că acest tip de terapie reprezintă cel mai eficient mod de abordare a acestei tulburări. Psihoterapia cognitiv-comportamentală a fost ulterior aplicată și în cazul anorexiei nervoase.

Motivul pentru care acest tip de psihoterapie s-a dovedit eficient îl constituie faptul că atât în cazul anorexiei nervoase, cât și în cel al bulimiei, distorsionările cognitive joacă un rol însemnat. Fairburn (1999) consideră chiar că bulimia și anorexia reprezintă tulburări cognitive. Criteriile de diagnostic (după Manualul Diagnostic și Statistic al Asociației Psihiatrilor Americani, DSM IV, 1994) sunt:

Anorexia nervoasă

A. Refuzul de a menține greutatea corporală peste sau la nivelul minimal normal pentru vârsta și înălțimea subiectului (scădere ponderală și menținerea unei greutăți corporale mai mici de 85% din cea așteptată; imposibilitatea creșterii în greutate odată cu dezvoltarea fizică, fapt ce conduce la o greutate sub 85% din cea așteptată).

B. Teama intensă a subiectului că se va îngrășa, deși are mult sub greutatea normală.

C. Tulburări ale imaginii și formei corpului datorate importanței acestora în autoevaluare, sau negarea gravității stării subponderale actuale.

D. La femeile la care s-a instalat ciclul menstrual, apariția amenoreei, respectiv absența ciclului pe o perioadă de cel puțin trei luni. (Amenoreea este diagnosticată numai în cazul în care femeia are menstră doar în urma administrării de hormoni estrogeni.)

Bulimia nervoasă

A. Perioade recurente de mâncat compulsiv. Un astfel de episod prezintă următoarele caracteristici:

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITARA LIBRARY

(1) mâncat frecvent (aproximativ la două ore), prin consumarea unei cantități de hrană mult mai mari decât ar putea ingera alte persoane în aceeași perioadă de timp și în condiții similare;

(2) sentimentul lipsei de control asupra episoadelor de alimentare excesivă (subiectul simte că nu se poate opri din mâncat și/sau nu poate controla ce și cât mănâncă).

B. Comportament recurent inadecvat și compensator menit să prevină creșterea în greutate: vomă provocată, utilizare excesivă de laxative, diuretice sau alte medicamente pentru slăbit; abținerea de la alimentare, exerciții fizice în exces.

C. Mâncatul compulsiv și comportamentele compensatorii se manifestă, în medie, cel puțin de două ori pe săptămână, pe o perioadă de minimum trei luni.

D. Autoevaluarea este influențată de forma și greutatea corporală.

E. Tulburarea nu apare în mod exclusiv între episoadele de anorexie nervoasă.

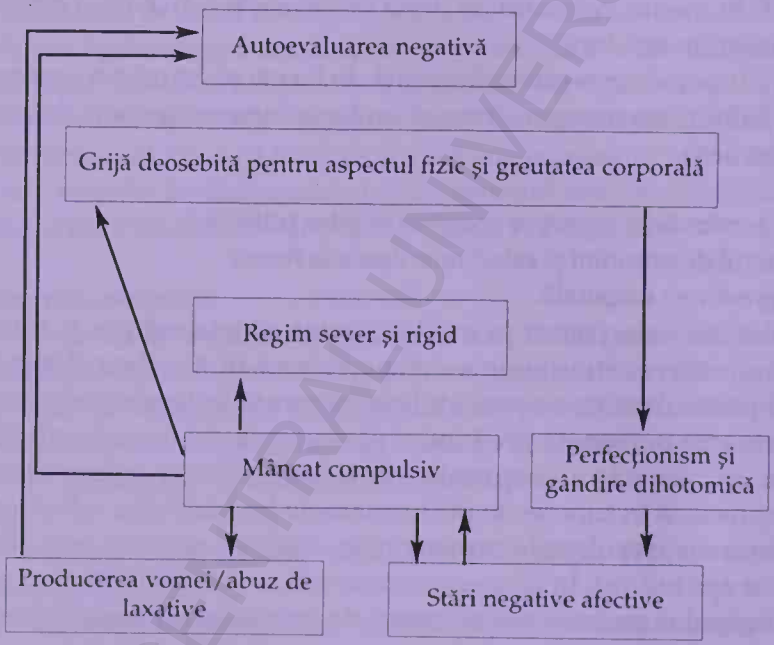
Distorsionările cognitive specifice acestor tulburări și setul de atitudini și valori referitoare la forma și greutatea corporală

Subiecții valorizează în mod exagerat silueta subțire și slăbitul și fac eforturi susținute de a evita creșterea în greutate și îngrășatul. O particularitate a acestei tulburări constă în tendința de a aprecia valoarea personală predominant sau exclusiv în termenii siluetei și ai greutății corporale, deși majoritatea oamenilor se autoapreciază în funcție de performanțele lor (calitatea relațiilor interpersonale, rezultatele profesionale, abilități sportive sau alte tipuri de aptitudini). În termeni cognitiviști, acești pacienți au o schemă a ego-ului centrată pe conceptul de greutate corporală (Vitousek și Hollon, 1990).

Mulți dintre ei prezintă și o altă caracteristică de bază, și anume o tendință de autoevaluare negativă care durează de o perioadă lungă de timp. Deși majoritatea pacienților manifestă și tulburări depresive (inclusiv autoevaluare negativă), numai la unii dintre aceștia este vorba de o trăsătură care durează de mult timp. De asemenea, pacienții cu tulburări în sfera conduitei alimentare se caracterizează și prin nesiguranță în ceea ce privește performanța în diverse domenii de activitate, fapt ce-i determină să se autoaprecieze în termenii aspectului fizic și ai greutății corporale, acestea fiind mai controlabile decât alte

zone ale existenței, dar și pentru că scăderea în greutate este puternic valorizată social.

Pacienții de acest tip consideră că se vor simți mai bine și mai împăcați cu sine dacă vor fi mai slabi. Cu toate acestea, imaginea lor de sine negativă îi determină să fie permanent nemulțumiți de modul în care arată, și, în consecință, își propun să devină cât mai slabi cu putință. Psihoterapia cognitiv-comportamentală a anorexiei și bulimiei are la bază modelul cognitiv al menținerii tulburărilor (Fairburn, 1985; Fairburn et al. 1986; Garner și Bemis, 1985). Prezentăm *schema cognitivă a bulimiei nervoase* (după Fairburn, 1999, p. 212):



Conform teoriei expuse mai înainte, trăsăturile esențiale ale acestor tulburări le reprezintă preocupările exagerate pentru aspectul fizic și greutatea corporală, celelalte caracteristici fiind secundare acestora (dieta, gândurile referitoare la mâncare, voma autoindusă, abuzul de laxative sau practicarea în exces a unor exerciții fizice).

Mâncatul compulsiv reprezintă un simptom care nu pare direct legat de preocupările legate de siluetă. Acest aspect este prezent la toți bulimicii, precum și la o parte dintre anorectici și constituie consecința subalimentației. Pacienții își impun reguli stricte și rigide cu privire

la timpul când trebuie să mănânce sau să nu mănânce (nu după ora 18), la tipul de alimente permise (au foarte multe alimente interzise), precum și la cantitatea acestora (nu mai mult de 1 000 kcal/zi).

Severitatea și rigiditatea regimului alimentar reprezintă rezultatul acțiunii combinate a doi factori de natură cognitivă: perfecționismul și gândirea de tip dihotomic („totul sau nimic").

Pacienții își fixează standarde foarte înalte și sunt profund nemulțumiți atunci când nu reușesc să le atingă, perfecționismul fiind prezent și în alte domenii ale existenței lor, dar mai evident în zona conduitei alimentare. Gândirea de tip dihotomic îi determină să-și stabilească reguli foarte stricte în privința dietei. La orice abatere minoră își închipuie că au încălcat total regimul, fapt ce-i determină să-l abandoneze temporar. Accesele de mâncat compulsiv apar mai ales atunci când pacienții au stări afective negative care le subminează capacitatea de a exercita un control asupra alimentației. În același timp, mâncatul compulsiv reduce stările afective negative, induce o stare de relaxare, precum și satisfacția de a consuma anumite alimente.

La pacienții care își produc reacții de vomă se constată și o anumită descărcare a tensiunilor acumulate. Efectele obținute acționează pe termen scurt, fiind înlocuite de sentimente de culpabilitate, dezgust față de propria persoană și de a nu deveni grași.

Odată încheiat episodul de mâncat compulsiv, pacienții își dublează eforturile de a ține regim, și cercul vicios se reia (Polivy și Herman, 1993). Un alt cerc vicios se formează între mâncatul compulsiv și comportamentele de eliminare: vomă autoprovocată, abuz de diuretice și laxative. Pacienții adoptă aceste modalități dezadaptative de comportament pentru a compensa mâncatul excesiv și odată ce ele au fost puse în acțiune, interdicția de a mânca prea mult nu mai funcționează. În plus, voma autoindusă este întărită de faptul că este mai ușor să vomiți dacă ai stomacul foarte plin. Odată ce aceste reacții circulare au fost stabilite, lipsa autocontrolului asupra comportamentelor de eliminare devine o sursă suplimentară de culpabilizare.

La pacienții cu anorexie nervoasă, unele dintre efectele psihologice și fiziologice ale înfometării (Gardner et al., 1985) contribuie, la rândul lor, la menținerea tulburării. Astfel, mâncatul ritualizat conduce la încetinirea procesului de alimentare și încurajează lipsa de flexibilitate; prin reducerea motilității intestinale se accentuează senzația de sațietate chiar în urma ingerării unei cantități reduse de alimente; preocupările legate de alimentație exagerează îngrijorările față de aceasta:

dispoziția proastă contribuie la accentuarea autoevaluărilor negative, precum și a relației dintre aspect, greutate și valoare personală. De asemenea, izolarea socială exacerbează preocupările pentru propria persoană și focalizează atenția asupra aspectului fizic și a greutății corporale.

Mai există un factor care contribuie la menținerea anorexiei nervoase, și anume convingerea pacienților că nu au nicio problemă. Vitousek și Orimoto (1993) subliniază faptul că persoanele cu anorexie nervoasă nu își consideră problema ca pe o tulburare, ci ca pe o realizare. Dacă mulți pacienți bulimici nu agreează mâncatul compulsiv, anorecticii sunt mulțumiți de ei pentru că slăbitul reprezintă un obiectiv dezirabil.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală a tulburărilor conduitei alimentare trebuie să-și propună nu numai să normalizeze greutatea și deprinderile alimentare, ci și să modifice temerile și preocupările legate de aspectul fizic și greutatea corporală și să corecteze autoevaluarea negativă.

Mâncatul compulsiv

Reprezintă o tulburare a conduitei alimentare descrisă mai recent și care constă în accese de supraalimentare recurente, fără comportamente compensatorii (vomă, exces de diuretice, laxative sau exerciții fizice, precum și de diete severe) (Fairnburn și Walsh, 1995).

Majoritatea acestor pacienți sunt preocupați de aspectul și greutatea lor (mulți sunt supraponderali), dar aceste preocupări nu sunt la fel de intense ca în cazul bulimicilor și anorecticilor și sunt justificate mai ales în cazul supraponderalilor.

Mai mult, pacienții nu au ținut cure de slăbire extreme, iar între accesele de mâncat compulsiv, ei se alimentează normal. La acești subiecți se constată tendința patologică de a mânca prea mult. Accesele de mâncat compulsiv reprezintă mai curând reacții habituale la stările afective negative și nu o consecință a restricțiilor alimentare, iar modelul cognitiv specific bulimiei și anorexiei nervoase are valoare limitată în cazul lor.

Psihoterapia bulimiei nervoase

Așa cum am mai subliniat, psihoterapia se bazează pe schema cognitivă a menținerii tulburării și are ca obiectiv nu numai modificarea

deprinderilor alimentare defectuoase, ci și a temerilor și preocupărilor exagerate legate de aspectul fizic și greutatea corporală.

Tratamentul vizează distorsionările cognitive, cum ar fi perfecționismul, gândirea dihotomică și autoevaluările cu conținut negativ. Psihoterapia cuprinde în general 20 de ședințe care se desfășoară săptămânal, o ședință având durata de 50 de minute. Fairburn et al. (1993) propun un program de psihoterapie în trei etape:

Etapa întâi

Are două obiective majore:

1) explicarea mecanismelor cognitive ale apariției și menținerii tulburării;
2) înlocuirea mâncatului compulsiv cu un model stabil de alimentare regulată și corectă.

Pentru pacienții cu modificări severe ale comportamentului alimentar sunt indicate două ședințe de psihoterapie pe săptămână. În prima ședință de psihoterapie, terapeutul va prezenta schema cognitivă a bulimiei, în care va introduce elementele specifice fiecărui pacient în parte.

Schema va fi discutată de terapeut și pacient, insistându-se asupra faptului că mâncatul compulsiv nu reprezintă unicul aspect al problemei. Modificarea acestui comportament nu va fi de durată dacă nu se elimină factorii care îl determină. Se explică necesitatea reducerii restricțiilor alimentare, iar pentru a se obține acest lucru trebuie înlăturate temerile și preocupările exagerate față de greutate și aspectul fizic, precum și problemele legate de autostimă.

Tratamentul trebuie să fie centrat pe ambele aspecte, mâncatul compulsiv și comportamentele compensatorii, precum și pe gândurile și sentimentele negative legate de greutate și aspect fizic. Terapeutul îi va explica pacientului faptul că se va începe de jos în sus, fiind abordat inițial mâncatul compulsiv și abia ulterior modificarea dietei și a preocupărilor exagerate față de aspect și greutate.

Automonitorizarea

În prima ședință, pacienții sunt instruiți să-și automonitorizeze comportamentul alimentar. Motivele pentru care se realizează acest lucru trebuie explicate clar:

– notarea aspectelor legate de alimentaţie îi ajută pe pacienţi să-şi conştientizeze deprinderile alimentare, precum şi circumstanţele în care apar comportamentele patologice.

– între şedinţele de psihoterapie, automonitorizările vor permite pacienţilor să identifice şi să modifice gândurile, sentimentele şi comportamentele disfuncţionale, să adreseze întrebări cu caracter provocator. Prezentăm mai jos un *model de fişă de automonitorizare* (Fairburn, 1999, p. 223).

Ora	Alimente şi lichide consumate	Locul	Comportament nedorit	Context şi comentarii
8.15	M-am cântărit			Nu-mi pot nota greutatea; sunt prea grasă.
8.50	1 pahar cu apă	Bucătărie		Mi-a fost sete după ziua de ieri.
10.00	Un biscuit dietetic	Serviciu		Sunt hotărâtă să nu mănânc prea mult.
12.00	10 chifle graham	Serviciu		Am mâncat o chiflă şi apoi mi-am pierdut controlul.
15.20	1 pahar cu apă			
18.50	O plăcintă cu mere; o cutie cu îngheţată			
	4 felii de pâine cu unt şi salam			Am început să mănânc imediat ce am sosit acasă.
	O sticlă de 1/2 l Coca-Cola	Bucătărie		Mi-am pierdut controlul.
	1 kg de struguri			
	6 bomboane de ciocolată			
	O sticlă de Coca-Cola			
20.30	2 pahare cu apă			M-am simţit foarte singură.
22.00	1 pahar cu apă			M-am culcat foarte devreme.

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Monitorizarea greutății corporale

În cadrul acestei forme de psihoterapie, pacienții nu sunt cântăriți de către terapeut, cu excepția începutului și sfârșitului terapiei. Se procedează astfel pentru ca ședința să nu fie dominată de subiectul psihoterapiei, care și așa obsedează pacientul, acesta cântărindu-se foarte des.

Terapeutul îi va cere însă să se cântărească o dată pe săptămână și să nu tragă concluzii pripite pe baza fluctuațiilor minore ale greutății măsurate prea frecvent. Subiecții vor fi instruiți să nu ia în calcul decât datele obținute pe baza a minimum patru verificări săptămânale ale greutății corporale.

Un element important al psihoterapiei îl reprezintă oferirea unor informații cu caracter științific referitoare la deprinderile alimentare greșite. (Mulți pacienți care își induc reacția de vomă consideră, în mod eronat, că aceasta ar fi metoda cea mai bună de eliminare a alimentelor ingerate.)

Informațiile oferite trebuie să acopere următoarele aspecte (Fairburn, 1999, p. 224):

1. Greutatea corporală și reglarea acesteia:
   - indicele greutății corporale și interpretarea acestuia;
   - calcularea greutății ideale a pacientului;
   - fluctuațiile naturale ale greutății și interpretările eronate ale acestora;
   - menținerea unei greutăți potrivite nu înseamnă neapărat ca pacientul să urmeze o dietă;
   - efectele tratamentului asupra greutății corporale.
2. Efectele fiziologice ale mâncatului compulsiv, ale reacției de vomă autoinduse, ale utilizării laxativelor și diureticelor:
   - anomalii electrolitice și ale fluidelor organismului;
   - edeme;
   - hipertrofia glandelor salivare;
   - deteriorarea danturii;
   - menstre neregulate;
   - efecte asupra senzației de foame și sațietate.
3. Ineficiența reacțiilor de vomă, a utilizării laxativelor și diureticelor ca mijloace de control al greutății:
   - mulți pacienți supraviețuiesc din alimentele care mai rămân în urma mâncatului compulsiv;
   - voma elimină doar o parte a alimentelor consumate;

- laxativele au un efect minor sau nu au niciunul asupra absorbției calorice.

4. Efectele regimului de slăbire:
- tipurile de regimuri alimentare care favorizează mâncatul compulsiv;
- diferite forme de regimuri alimentare.

Regulile unei diete sănătoase

Psihoterapeutul va oferi pacientului sfaturi referitoare la modul de a mânca, reacțiile de vomă și utilizarea laxativelor și diureticelor:

Etapa I

1. Prescrierea unui regim alimentar echilibrat

Pacienților li se cere să-și restrângă comportamentul alimentar la trei mese pe zi și două sau trei gustări. Acestea nu trebuie urmate de provocarea reacției de vomă sau de alte comportamente compensatorii, iar intervalul dintre ele trebuie să fie de aproximativ trei ore sau mai mult. Indiferent de circumstanțe, pacienții nu au voie să sară peste mese, dar nici să mănânce în afara meselor planificate. Pacienților cu tulburări severe li se cere să adopte treptat acest model de alimentare.

Mulți pacienți se tem să treacă la acest mod de alimentare pentru a nu se îngrășa. Acestora trebuie să li se explice că nu se vor îngrășa deoarece se va diminua tendința de a mânca prea mult, aportul caloric reducându-se. În ciuda acestor asigurări, majoritatea pacienților vor alege alimente hipocalorice. Se va realiza un experiment în sfera comportamentală, care va demonstra pacienților că pot mânca fără să se îngrașe.

2. Utilizarea unor comportamente alternative pentru a înlocui sau amâna mâncatul în exces

Li se cere pacienților să identifice acele activități care le fac plăcere și care îi îndepărtează de la mâncare, cum ar fi, de pildă, a telefona sau a vizita un prieten, a practica exerciții fizice, a face o plimbare sau o baie etc.

3. Sfaturi legate de reacțiile de vomă

În marea majoritate a cazurilor, reacțiile de vomă nu trebuie abordate în această etapă pentru că ele dispar de îndată ce pacientul a

încetat să mănânce în exces. Cu toate acestea, terapeutul va solicita pacientului să aleagă acele preparate pe care nu este dispus să le vomite. Pacienților care au o puternică tendință de a vomita după orice fel de mâncare li se cere să-și distragă atenția până când dorința respectivă va dispărea.

4. Sfaturi referitoare la utilizarea laxativelor și diureticelor

După ce a explicat ineficiența acestor medicamente în prevenirea absorbției substanțelor nutritive, terapeutul îi va cere pacientului să renunțe la utilizarea acestora. Pentru pacienții care au dificultăți de a realiza acest lucru se va întocmi un plan de reducere progresivă a medicației. La un număr redus de pacienți se va înregistra o creștere ușoară în greutate ca rezultat al retenției de lichide, greutatea stabilizându-se pe parcurs. Acești pacienți trebuie avertizați că fenomenul este trecător, ei neavând motive serioase de îngrijorare.

Intervievarea prietenilor și rudelor apropiate

Aceasta vizează următoarele obiective:

– discutarea deschisă a problemei pacientului deoarece secretizarea nu face decât să mențină simptomul;

– prezentarea principiilor terapiei altor persoane îl ajută pe terapeut să verifice în mod indirect dacă pacientul a înțeles exact despre ce este vorba;

– persoanele din mediul înconjurător îl vor sprijini pe pacient în eforturile sale de a se alimenta corect.

Etapa a II-a

Această etapă cuprinde opt ședințe de psihoterapie care implică accentuarea comportamentului de alimentare regulată, punerea în funcțiune a unor comportamente alternative, cântărirea săptămânală și modificarea distorsiunilor cognitive legate de aspectul fizic, greutatea corporală, precum și a altor forme de gânduri și convingeri negative. În această etapă, terapeutul va realiza a combinație între tehnicile de psihoterapie cognitivă și comportamentală. Obiectivul major al acestei etape constă în reducerea sau chiar eliminarea tendinței pacienților de a ține regim, tendință care îi împinge să mănânce în mod compulsiv. Marea majoritate a pacienților se tem că dacă vor înceta să țină regim se vor îngrășa. Acestora trebuie să li se explice că nu se va întâmpla acest lucru deoarece oprirea dietei va conduce la stoparea mâncatului compulsiv.

Dacă în prima etapă s-a insistat pe ideea că pacientul trebuie să se alimenteze regulat și să evite perioadele lungi de nemâncare, în etapa a doua i se va sugera să reducă tendința de a evita anumite alimente și de a urma un regim hipocaloric. Pacientul va elabora împreună cu terapeutul liste cu alimentele considerate periculoase, alimente pe care le va ierarhiza în funcție de efectul lor asupra creșterii greutății corporale.

În cursul următoarelor săptămâni, terapeutul va lucra împreună cu pacientul asupra problemei introducerii progresive a alimentelor respective în dieta sa, începând cu produsele de care se teme cel mai puțin, până la cele considerate interzise. Aceste alimente vor fi consumate în mod planificat și numai atunci când pacientul a câștigat un autocontrol suficient asupra comportamentului alimentar, simțindu-se capabil să consume cantități rezonabile. Se va proceda astfel până când teama pacientului de a consuma anumite alimente va dispărea complet, după care se va reveni la o dietă mai restrictivă. Se va acționa și asupra tendinței pacienților de a nu mânca deloc.

Prin intermediul întrebărilor directe și prin studierea foilor de monitorizare a alimentației, terapeutul va constata dacă pacientul mănâncă prea puțin. Dacă așa stau lucrurile, acestuia i se va cere să crească ingestia de alimente până ajunge la 1 500–1 800 kcal pe zi.

Pacienților li se cere să elimine orice altă formă de control al alimentației. Astfel, pacienților care se tem să mănânce alimente al căror conținut caloric nu este precizat și au tendința de a-și pregăti singuri masa, li se poate sugera să introducă în mod progresiv alimente cu conținut caloric incert. Toți pacienții vor fi solicitați să se alimenteze în condiții diferite (restaurant, bufet, petreceri etc.) și să consume o varietate cât mai mare de alimente.

Construirea și consolidarea unor deprinderi de rezolvare de probleme

Pacienții care mănâncă în mod compulsiv la intervale neregulate pot fi solicitați să identifice factorii precipitatori ai mâncatului în exces. Deși cauzele mediate ale acestui tip de comportament țin de factori psihologici (gânduri negative, stări afective disfuncționale), aceștia, la rândul lor, vor fi declanșați de factori externi de natură interpersonală. Din acest motiv, antrenarea pacienților în rezolvarea problemelor de natură interpersonală va conduce la creșterea abilității lor de a le rezolva în mod satisfăcător.

Metodele utilizate sunt cele ale lui Goldfried și Goldfried (1975).

Cele șapte etape ale rezolvării de probleme (după Goldfried și Goldfried, 1975)

Etapa I

Problema trebuie identificată și precis formulată imediat ce apare. Este posibil să avem de-a face cu mai multe probleme care trebuie abordate separat.

Etapa a II-a

Pacientul va fi sprijinit să propună cât mai multe soluții posibile. Cu cât sunt avansate mai multe soluții, cu atât crește probabilitatea să fie identificată cea mai eficientă dintre ele.

Etapa a III-a

Analizarea eficienței și fiabilității fiecărei soluții propuse.

Etapa a IV-a

Alegerea variantei optime, alegere care reprezintă de cele mai multe ori un proces intuitiv. Există și situații când se optează pentru o combinație de soluții.

Etapa a V-a

Stabilirea etapelor de punere în practică a soluției identificate.

Etapa a VI-a

Implementarea soluției.

Etapa a VII-a

Evaluarea procesului de rezolvare a problemei în lumina evenimentelor care au avut loc. Pacientul va evalua fiecare etapă în parte și va identifica modalități posibile de îmbunătățire a întregului demers.

Abordarea temerilor legate de creșterea în greutate și aspectul fizic

Se vor utiliza tehnici specifice psihoterapiei cognitive (Beck et al., 1979) și comportamentale. Inițial pacientul va fi ajutat să identifice gândul sau convingerea negativă, generatoare de simptome.

De regulă, se vor discuta gândurile negative apărute în mod spontan în cursul terapiei, sau pacientul va fi întrebat ce anume îi trece prin cap atunci când se cântărește și constată că s-a îngrășat un kilogram. Odată identificat gândul negativ, trebuie parcurse următoarele faze:

- notarea exactă a gândului negativ disfuncțional;

- examinarea elementelor care vin în sprijinul gândului respectiv. (Astfel, dacă pacientul își spune în gând „m-am îngrășat", acestuia trebuie să i se explice faptul că un asemenea gând nu justifică afirmația „sunt gras");
- căutarea și identificarea dovezilor care pledează împotriva gândului sau convingerii negative asupra căreia se lucrează.

Terapeutul va examina care este semnificația gândului respectiv pentru pacient. Astfel, gândul negativ „mă simt gras" poate însemna: „am mai multe kilograme decât este necesar", „mă simt neatrăgător".

Se va utiliza dialogul socratic pentru a i se demonstra pacientului lipsa de temei a gândurilor sale negative. (Pacientul care a luat în greutate un kilogram poate fi întrebat de la ce greutate se poate vorbi de obezitate, dacă el se apropie de acel prag etc.) De asemenea, pacientul va fi interogat în legătură cu ce crede el că ar spune alte persoane despre problema în cauză (vor afirma acestea că cineva este gras dacă a luat în greutate o jumătate de kilogram etc.). În același timp, el va fi întrebat dacă nu aplică standarde mai riguroase pentru propria persoană și mai permisive pentru altcineva sau dacă nu confundă impresiile subiective („mă simt gras") cu realitatea obiectivă (subiectul are o greutate mai mare conform datelor statistice).

Sunt examinate erorile de atribuire (o ușoară creștere în greutate poate fi datorată retenției de lichide din perioada premenstruală), precum și distorsionările cognitive, dintre care cel mai frecvent întâlnită este gândirea de tip dihotomic („totul sau nimic").

Pacienții trebuie să ajungă la concluzii mai raționale care le vor ghida comportamentul viitor.

Aceștia vor fi îndrumați să-și amintească de concluziile alternative raționale ori de câte ori apar gândurile negative care declanșează comportamentul problematic.

În această etapă, ei nu trebuie să creadă cu tărie în adevărul concluziilor raționale alternative, ci doar să conștientizeze faptul că acesta reprezintă modul corect de a gândi. Terapeutul le va cere pacienților să examineze și în afara ședințelor de psihoterapie gândurile negative automate, să le adreseze provocări și să le înlocuiască cu unele mai raționale.

În urma repetării acestor proceduri, gândurile automate negative tind să-și piardă treptat caracterul lor automat. La baza gândurilor negative automate se află supoziții și atitudini disfuncțio-

nale referitoare la faptul că toate problemele pacientului se vor rezolva dacă va atinge greutatea ideală, că toate dificultăţile ţin de mâncatul compulsiv sau de greutatea prea mare, că oamenii slabi sunt fericiţi, au succes şi sunt mulţumiţi de modul în care arată, în timp ce persoanele supraponderale sunt nefericite şi nu se bucură de succes.

Aceste convingeri şi atitudini au un grad mare de generalitate, ele căpătând un caracter patologic doar dacă sunt inflexibile, foarte puternice şi dacă subiectul le acordă o importanţă deosebită. Metoda cognitiv-comportamentală de combatere a acestor convingeri şi atitudini este comună mai multor tipuri de afecţiuni psihopatologice (Hawton et al., 1989).

Trebuie să subliniem faptul că aceste convingeri nu pot fi abordate decât după ce s-a lucrat asupra gândurilor negative automate, deoarece ele au un caracter implicit şi nu se exprimă în cadrul limbajului interior, pentru identificarea lor fiind necesare observarea comportamentului pacientului şi analiza gândurilor negative automate (de pildă, acesta pune semnul egalităţii între grăsime şi eşecul în plan social).

Procesarea terapeutică a convingerilor şi atitudinilor disfuncţionale se va realiza predominant în cadrul şedinţelor de psihoterapie.

Tehnicile de restructurare cognitivă sunt combinate cu tehnici comportamentale cum ar fi cele de desensibilizare. Astfel, mulţi pacienţi din această categorie evită oglinzile şi chiar fac baie pe întuneric. Acestor pacienţi li se poate cere să poarte haine mai strâmte, să meargă la sala de gimnastică sau la bazinul de înot.

Pacienţii care se cântăresc prea frecvent pot fi solicitaţi să reducă aceste comportamente. De asemenea, li se va cere să observe şi corpul altor persoane şi să constate că şi cele mai atrăgătoare femei au unele imperfecţiuni fizice.

Etapa a III-a

În această etapă se realizează şedinţe de psihoterapie la interval de două săptămâni, terapeutul asigurându-se că progresele obţinute se vor menţine şi în viitor. Pacienţilor care mai prezintă simptome (şi sunt marea majoritate) şi care manifestă îngrijorare în legătură cu posibilitatea încheierii tratamentului li se vor da asigurări că progresele vor continua în decursul următoarelor luni, chiar dacă terapia va fi sistată.

Este important ca pacienții să aibă expectații realiste pentru viitor. Mulți speră că nu vor mai mânca niciodată în mod compulsiv și acest gen de expectații îi face și mai vulnerabili la recăderi, pentru că vor considera orice reapariție a simptomului drept o recădere totală și nu ca pe una de moment, și acest lucru îi va determina să nu-și mai controleze comportamentul alimentar. Din acest motiv, pacienților li se va preciza faptul că vor avea recăderi și că tendința de a mânca în mod compulsiv reprezintă reacția lor obișnuită la stres.

Acestora li se va reaminti faptul că în timpul terapiei își vor însuși abilități de a face față comportamentului alimentar defectuos și că vor putea recurge la aceste abilități ori de câte ori va fi necesar. Pacienții vor fi îndrumați să realizeze în scris planuri pe care să le poată pune în aplicare în caz de dificultate.

Terapia cognitiv-comportamentală în cazurile de anorexie nervoasă

Fairburn (1999) este de părere că tehnicile utilizate în cazul bulimiei nervoase pot fi adaptate și pentru anorexia nervoasă, mecanismele care stau la baza acestor tulburări fiind destul de asemănătoare în ceea ce privește gândurile negative și comportamentele dezadaptative. Adaptările tehnicilor terapeutice trebuie să vizeze în mod special întărirea motivației pentru schimbarea acestor pacienți, precum și aplicarea unor metode de contracarare a efectelor înfometării. Terapeutul va aborda în mod prioritar problema motivațională, asigurându-se de colaborarea pacientului. Acesta din urmă trebuie convins de faptul că terapia se realizează în beneficiul său și nu doar din dorința familiei.

Garner și Bemis (1982) s-au referit la diverse modalități de motivare a pacienților, autorii menționați insistând asupra formării unei alianțe terapeutice sănătoase și puternice, bazată pe respectarea sistemului de norme și valori al pacientului. Demersul terapeutic va fi realizat într-o manieră experimentală, terapeutul și pacientul testând împreună eficiența diverselor strategii psihoterapeutice.

Se va insista, de asemenea, asupra analizării avantajelor și dezavantajelor schimbării, precum și asupra conștientizării diferențelor existente între consecințele pe termen lung. Pe termen scurt, în ceea ce privește schimbarea, acești pacienți au tendința de a se raporta mai mult la prezentul imediat și mai puțin la viitor. Terapeutul va trebui să identifice și trăsăturile psihopatologice pe care pacientul le percepe ca reprezentând probleme pentru el.

Unii autori (Palmer, 1988; Bruch, 1978) sunt de părere că este indicat să li se dea spre lectură acestor pacienți materiale în legătură cu anorexia nervoasă, deoarece ei își admit cu dificultate diagnosticul, dar de îndată ce se informează în legătură cu tulburarea respectivă, încep să se regăsească în tabloul ei clinic. Pacienților trebuie să li se dea și informații în legătură cu efectele înfometării: capacitatea de concentrare a atenției scăzută, preocupări exagerate în legătură cu alimentația, tulburări de somn, sensibilitate crescută la frig, precum și probleme gastrice (senzație de sațietate secundară nemâncării). Este necesară, de asemenea, explicarea modului în care înfometarea tinde să conducă la perpetuarea tulburării conduitei alimentare.

Strategiile de motivare sunt mai ușor de aplicat anorecticilor care prezintă uneori accese de mâncat compulsiv, deși pierderea controlului le creează acestora un stres suplimentar.

A doua problemă importantă în cursul psihoterapiei constă în revenirea la o greutate normală. Cu excepția cazurilor în care scăderea în greutate este rapidă și dramatică sau în cele în care apar complicații somatice severe, programul de creștere în greutate poate fi urmat sub forma unui tratament ambulatoriu. Înainte de a trece la programul de revenire la greutatea normală, terapeutul va acorda o atenție sporită consolidării relației psihoterapeutice, după care creșterea în greutate va înceta să mai fie o problemă negociabilă. Pacienții vor fi însă asigurați că nu vor depăși greutatea dorită. Creșterea în greutate trebuie să fie controlată și graduală, de aproximativ un kilogram pe săptămână, acest demers combinânduse cu alte strategii cognitiv-comportamentale.

Pacienții vor fi sfătuiți să consume alimente cu valoare calorică ridicată în timpul unor mese planificate. Unor pacienți le vine mai ușor să consume concentrate lichide cu valoare calorică mare, pe care le reetichetează ca medicamente.

În fazele inițiale ale terapiei se poate accepta acest lucru, dar după ce pacientul a ajuns la greutatea dorită, ea trebuie menținută prin intermediul unei alimentații normale, fără suplimente calorice. În cazul în care nu se obține creșterea în greutate, terapeutul va negocia cu pacientul în legătură cu alte modalități de abordare terapeutică, ce includ spitalizarea parțială sau totală și presupun și tratament medicamentos.

Dezavantajul tratamentului ambulatoriu constă în aceea că revenirea la greutatea normală se realizează lent. Demersul terapeutic va

fi accelerat dacă se începe cu o spitalizare în cadrul căreia creșterea în greutate se realizează rapid, după care tratamentul se va desfășura ambulatoriu.

Studiile clinice au evidențiat faptul că terapia cognitiv-comportamentală dă rezultate la aproximativ jumătate până la două treimi din cazurile de bulimie nervoasă, pentru ceilalți pacienți fiind necesară o abordare terapeutică mai complexă.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

X
Psihoterapia cognitiv-comportamentală în depresii

Depresia este un fenomen atât de răspândit, încât a fost, pe drept cuvânt, numită „guturaiul psihiatriei" (Seligman, 1975). 15–20% din populația adultă a suferit de o simptomatologie depresivă și peste 12% a trăit o depresie suficient de puternică pentru a necesita tratament (Melanie Fermei, 1989). În țările vestice, rata depresiei este de 2/1 în favoarea femeilor (Brown și Haris, 1978).

Cauzele depresiei sunt multiple (Weissmann, 1982):
- tulburări la nivelul neurotransmițătorilor;
- tulburări depresive sau alcoolism în familie;
- pierderea unui părinte;
- neglijarea în copilăria timpurie;
- evenimente de viață negative;
- un partener ostil sau/și critic;
- lipsa unei relații apropiate;
- absența unui suport social;
- lipsa stimei de sine pe termen lung.

În clinică există numeroase clasificări ale tulburării depresive:
- tulburare afectivă bipolară și unipolară-depresivă;
- tulburare depresivă;
- endogenă (având cauze interne, încă insuficient cunoscute);
- reactivă (nevrotică, produsă de acțiunea factorilor stresanți).

În această lucrare termenul de depresie se va referi la depresia nevrotică (nonpsihotică), pentru care se potrivește psihoterapia cognitiv-comportamentală. Trebuie subliniat însă și faptul că depresia nevrotică se deosebește de simpla reacție firească de tristețe la evenimente cu caracter negativ.

BCU CLUJ UNIVERSITY LIBRARY

Depresia se caracterizează prin următoarele:
– trăirea sentimentului de tristețe;
– plâns frecvent;
– sentimente de culpabilitate;
– iritabilitate;
– anxietate;
– tensiune psihică;
– subiectul nu se mai bucură de activitățile normale;
– nivelul energiei psihice este redus și orice acțiune, cât de mică, presupune efort;
– tendință de retragere;
– pacienții petrec mult timp în pat sau în fotoliu;
– activități obișnuite și agreabile, cum ar fi lectura ziarelor sau vizionarea unor programe TV, devin dificile și plictisitoare, pentru că subiectul nu se mai poate concentra;
– subiectul este absorbit de starea sa proastă sau de dificultățile insolubile cu care se va confrunta;
– somnul este dificil;
– apetitul scade;
– nevoile sexuale sunt diminuate.

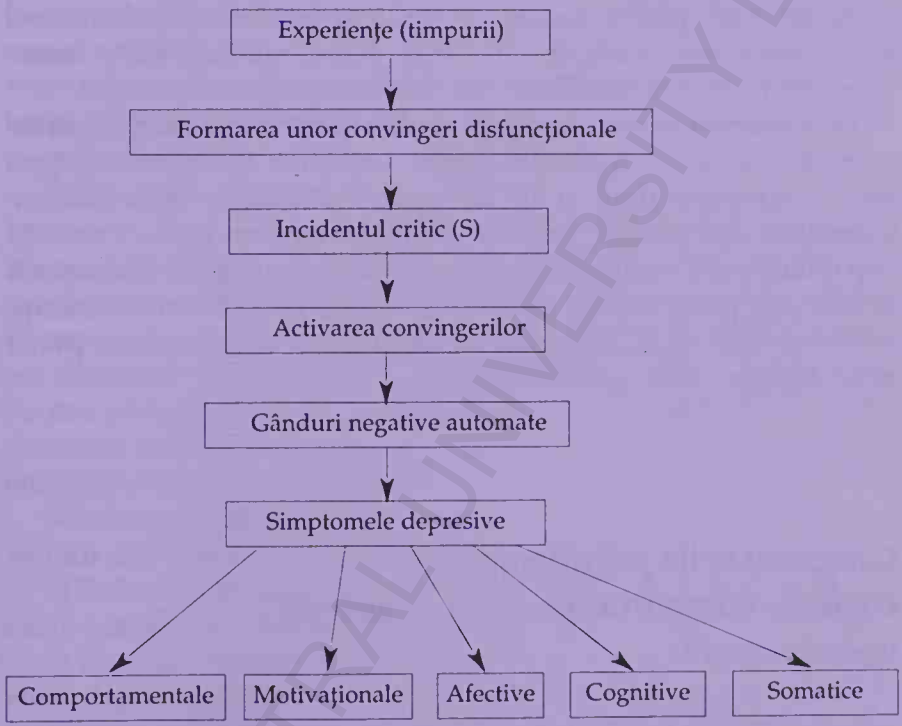
În cazul depresiei psihotice apar sentimente puternice de inutilitate, culpabilitate și autodevalorizare, precum și idei și tentative de autoriză (suicid). 15% dintre depresivi se sinucid (Coryell și Winokur, 1982).

În majoritatea cazurilor, episodul depresiv este limitat în timp, durând 3–7 luni. Cu toate acestea, recăderile sunt frecvente, și la 15–20% dintre pacienții depresivi simptomele se cronicizează. Din acest motiv, terapia urmărește nu numai să grăbească revenirea, ci și să mențină ameliorarea și, dacă este posibil, să prevină recăderile.

Terapia cognitiv-comportamentală în depresii a fost dezvoltată de Beck și colaboratorii (Beck, Rush, Shaw și Emery, 1979).

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Modelul cognitiv al depresiei
(Beck, 1967, 1976)



Modelul de convingere disfuncțională este descris de Elis, părintele terapiei rațional-emotive, în următorii termeni: „Dacă cineva gândește rău despre mine, eu nu pot fi fericit" sau „Trebuie să fac bine orice lucru de care mă apuc".

Convingerea disfuncțională nu produce simptomul prin ea însăși, ci doar atunci când anumite incidente (evenimente externe) vin s-o întărească. Astfel, convingerea că valoarea personală depinde de succes poate conduce la tulburare depresivă în caz de eșec. Pe măsură ce tulburarea depresivă se dezvoltă, gândurile negative automate devin tot mai frecvente și tot mai intense și tind să estompeze gândurile raționale. Acestea produc simptomele depresiei, care, la rândul lor, întăresc modul negativ de gândire și astfel se formează un cerc vicios.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Psihoterapia cognitiv-comportamentală sparge cercul vicios, învățând pacientul să adreseze întrebări provocatoare gândurilor negative, pentru a verifica dacă fundamentarea lor este corectă.

Modelul cognitiv prezentat mai sus nu este valabil doar pentru depresie, ci se adresează oricărei tulburări afective (emoționale). Trebuie subliniat însă faptul că distorsionarea unor informații conform unei grile preexistente nu este specifică doar depresivilor, ci tuturor oamenilor; depresivul nu face decât să intensifice procesul respectiv.

De asemenea, faptul că cogniția influențează starea afectivă nu înseamnă neapărat că o gândire negativă conduce la depresie. Depresia este rezultanta unui cumul de factori biologici, de dezvoltare ontogenetică, sociali, de predispoziții psihologice și de variabile precipitatoare. Cogniția are însă o prioritate, în timp, în declanșarea depresiei și poate acționa ca declanșator, factor de întărire și menținere a simptomelor. Din acest motiv, cogniția reprezintă un punct ideal de intervenție psihoterapeutică.

Caracteristicile psihoterapiei cognitiv-comportamentale în depresii (Beck și alții 1979)

1. Are la bază o concepție teoretică coerentă (modelul cognitiv al depresiei) și nu este o simplă colecție de tehnici.
2. Este scurtă și limitată în timp, încurajând pacientul să dezvolte abilități de autoreglare („self-help skils").
3. Este structurată și directivă.
4. Este orientată pe problemă și pe factorii (cauze) care o mențin, mai mult decât pe originile acestora.
5. Are la bază un proces de chestionare care să dirijeze descoperirea („guided discovery", Young și Beck, 1982).
6. Se bazează pe metode inductive, astfel încât pacienții învață să considere gândurile și convingerile ca pe niște ipoteze care trebuie verificate.
7. Are un caracter educațional, considerând tehnicile cognitiv-comportamentale ca pe niște deprinderi care trebuie achiziționate de su-

biect prin exerciţiu şi transferate în viaţa cotidiană prin intermediul temelor pentru acasă.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală poate fi definită ca un fel de rezolvare de probleme, depresia fiind ea însăşi o problemă. Scopul terapiei este să-l ajute pe pacient să găsească soluţii la problemele sale şi nu doar să gândească mai raţional. Obiectivul imediat al terapiei este eliberarea de simptome, iar cel pe termen lung este rezolvarea problemelor de viaţă (cum ar fi, de pildă, dificultăţile relaţionale), prevenirea apariţiei sau măcar atenuarea unor episoade depresive viitoare.

Psihoterapia implică maximum 20 de ore, în şedinţe de o oră, desfăşurate de două ori pe săptămână, timp de trei-patru săptămâni (pentru a combate lipsa de speranţă) şi o dată pe săptămână ulterior; în practică însă numărul de şedinţe variază considerabil. Pentru subiecţii care au deprinderea de a se autoregla, formată înainte de instalarea depresiei, sunt suficiente cinci-;ase şedinţe. Pentru cei cu depresie mai severă, este bine ca şedinţele să fie mai scurte (20 de minute) deoarece aceştia au capacitatea de concentrare scăzută şi un nivel energetic, de asemenea, scăzut.

Selecţia pacienţilor pentru psihoterapie (Melanie Fennell, 1989) — factorii care trebuie luaţi în considerare:

1) Psihoterapia cognitiv-comportamentală este valabilă pentru pacienţi nonpsihotici (Rush şi Shaw, 1983).

2) Cu toate acestea, nu există date suficiente de cercetare care să ateste faptul că pacienţii endogeni ar răspunde slab la acest gen de terapie (Blackburn, Bishop, Glen, Whalley şi Cristie, 1981; Kovasc, Rush, Beck şi Hollon, 1981). Este posibil ca metodele cognitiv-comportamentale să dea rezultate dacă sunt folosite împreună cu o medicaţie antidepresivă.

3) Este important de cunoscut gradul de severitate al depresiei pentru:

- a şti dacă trebuie combătută psihoterapia cu medicaţia psihiatrică;
- elaborarea strategiei psihoterapeutice.

4) Trebuie identificat pattern-ul de gândire negativă. O atenţie deosebită trebuie acordată:

- lipsei de speranţă;
- intenţiilor suicidare;
- expectaţiilor negative în legătură cu tratamentul.

5) Dorința de cooperare a pacientului.

6) Capacitatea pacientului de a intra în relație de colaborare cu psihoterapeutul. Apar dificultăți la pacienții care:

- se tem să-și dezvăluie gândurile și sentimentele;
- insistă asupra faptului că se pot descurca singuri;
- consideră, dimpotrivă, că terapeutul trebuie să facă totul singur.

În astfel de cazuri, psihoterapia nu este contraindicată, dar demersul terapeutic va fi mai lung, terapeutul dedicând primele ședințe construirii relației terapeutice. Terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să reevalueze acele gânduri și convingeri care stau în calea unei colaborări active în cadrul terapiei.

Exemplu: „Dacă îi spun cum mă simt cu adevărat, mă va respinge" sau „Este treaba lui să mă facă bine fără nici un fel de efort din partea mea".

7) Cât de extins este repertoriul de abilități de a face față vieții („coping skills") pe care îl are pacientul?

Pacienții cu repertoriu mai bogat de deprinderi de a face față stresului vor răspunde mai repede și mai bine la psihoterapia cognitiv-comportamentală (Simons, Lustman, Wetzel, Murphy, 1985).

Structura tratamentului (Melanie Fennell, 1989)

Interviul inițial (1–1,5 ore) urmează după interviul de evaluare, care stabilește dacă pacientul este potrivit pentru psihoterapie. Schema interviului inițial:

a) Evaluarea dificultăților curente:

- simptome;
- probleme de viață;
- gânduri negative asociate;
- debut, evoluție și contextul în care a apărut tulburarea depresivă;
- lipsa de speranță;
- idei suicidare.

b) Stabilirea scopurilor terapiei.

c) Prezentarea programului de terapie:

- detalii practice;
- problema cercului vicios: gânduri negative-depresive;
- posibilități de schimbare.

d) Începerea tratamentului:
Specific:
- selecționarea primelor sarcini;
- acordul cu privire la temele pentru acasă.

General:
- pacientului i se furnizează cunoștințe cu privire la stilul terapiei cognitiv-comportamentale.

Obiective:
- Stabilirea relației psihoterapeutice.
- Trezirea speranței pacientului.
- Pacientul trebuie făcut să înțeleagă, la nivel preliminar, esența modelului.
- Se obține acordul pacientului că va testa în practică cele învățate.

Dificultățile și problemele curente sunt schematizate și apoi notate în lista de probleme, ca în exemplul următor:

Experiențe timpurii traumatizante
Comparații nefavorabile cu sora mea geamănă.
Tatăl (suportul familiei) a decedat.
Convingeri disfuncționale
Sunt inferioară ca persoană.
Valoarea mea depinde de ceea ce cred alții despre mine.
Dacă nu fac ceea ce vor ceilalți oameni de la mine, ei mă vor respinge.
Incidentul critic
Căsătoria a eșuat.
Gânduri negative automate
Este vina mea, am stricat totul.
Nu-mi pot conduce viața.
Voi rămâne singură pentru totdeauna și va fi îngrozitor.
Sunt proastă.

Simptome
Comportamentale: tonus scăzut al activității; tendință de retragere.
Motivaționale: lipsa interesului și a sentimentului plăcerii; totul se face cu efort.
Afective: tristețe, anxietate, culpabilitate, rușine.
Cognitive: slabă capacitate de concentrare, indecizie, ruminații interioare, autocritică, gânduri suicidare.

Somatice: insomnii, inapetență.

Lista de probleme

1. Incapacitatea de a mă exprima;
- dificultatea de a spune „Nu";
- dificultatea de a spune ce doresc dacă alții vor altceva.

2. Sentimente de inferioritate.

3. Dificultatea de a accepta eșecul căsătoriei.
- nu voi fi capabilă să mă descurc singură cu lucrurile practice.
- nu voi găsi niciodată o relație satisfăcătoare pe termen lung.

4. Depresie:
- mă simt depășită de cerințele vieții de zi cu zi;
- evit contactul cu oamenii;
- stau și macin gânduri triste;
- nu fac nimic;
- nu mă pot concentra;
- nu mă bucură nimic etc.

5. Sentimentul de deprimare pentru că sunt deprimată:
- este vina mea că am stricat totul;
- merit să mă simt astfel.

Lista de probleme trebuie să includă simptomele și problemele de viață. Acestea din urmă se referă la:
- probleme practice (exemplu: dificultăți în gospodărie, șomaj);
- probleme interpersonale (dificultăți în formarea unor relații apropiate);
- probleme intrapersonale (lipsa încrederii în sine).

Terapeutul prezintă un rezumat al celor spuse și așteaptă un feedback de la pacient. Lista de probleme realizează o oarecare ordine într-un haos, pentru că un număr mare de experiențe negative sunt reduse la câteva dificultăți specifice. Aceasta reprezintă procesul „reducerii problemelor", care trezește speranța pacientului pentru că se întrevede posibilitatea unui control asupra acestora. Ideile suicidare trebuie puse în evidență de la primul interviu. Când acestea au fost evidențiate, terapeutul trebuie să se asigure dacă pacientul a elaborat planuri în acest sens și să afle ce anume l-a împiedicat să le pună în aplicare.

Dacă lipsa de speranță și ideile suicidare sunt serioase, atunci acestea trebuie să reprezinte obiectivul primelor intervenții. Unii terapeuți consideră că nu este bine să vorbească de suicid pentru a nu băga

astfel de idei în capul pacienților lor. Dar observațiile au arătat că, mai curând, discuțiile deschise pe această temă pot produce pacientului un sentiment de ușurare. Suicidul este reacția obișnuită la ideea că situația este intolerabilă și că nu poate fi făcut nimic pentru a o schimba. Autodistrugerea apare în acest caz ca un fel de rezolvare a problemei. În acest caz, discuțiile pot deschide perspectiva găsirii unei soluții alternative.

Stabilirea scopurilor

Se realizează prin intermediul unor întrebări de genul: „Cum ai vrea să stea lucrurile în problema X?" sau „Să presupunem că tratamentul va avea efect; cum vezi desfășurarea diferită a lucrurilor în problema ta?"

Scopurile se modifică adesea pe parcursul tratamentului. Stabilirea scopurilor îl ajută pe terapeut să corecteze expectațiile nerealiste cu privire la psihoterapie, furnizează câteva standarde în raport cu care se poate monitoriza progresul și focalizează atenția spre viitor.

Prezentarea tratamentului

Pacienților li se dau informații despre aspectele practice, cum ar fi numărul de ședințe, durata și frecvența acestora, dar și despre temele pentru acasă. Li se explică clar faptul că depresia trebuie înțeleasă în termenii cercului vicios pe care îl produc gândurile negative care, la rândul lor, generează o dispoziție proastă ce alimentează, la rândul ei, gândurile negative. Trebuie să se explice, de asemenea, că schimbarea este posibilă dacă pacientul învață să surprindă și să testeze (verifice) gândurile negative, pentru a sparge cercul vicios prin găsirea unor alternative mai realiste la gândurile negative.

Pacientul este invitat să-și exprime deschis îndoielile, și acestea sunt discutate cu psihoterapeutul. Pacientul este solicitat să-și monitorizeze activitățile, dispoziția și gândurile negative automate într-o agendă personală. Agenda include:

- trecerea în revistă a evenimentelor de la ultima ședință;
- feedbackuri referitoare la ultima ședință;
- temele pentru acasă.

Fiecare ședință este dedicată unei anumite probleme, denumită tema majoră, care este definită de pacient în colaborare cu terapeutul. Ea presupune o strategie cognitiv-comportamentală specifică, cum ar fi de pildă adresarea de întrebări de verificare a gândurilor nega-

tive, discutarea dificultăților care au apărut în ultima săptămână sau dezbaterea unor probleme pe termen lung (exemplu: dificultăți materiale).

Temele pentru acasă au menirea de a-l ajuta pe pacient să-și însușească tehnici de autoajutorare.

Ele sunt utile dacă:

- urmează logic ceea ce s-a petrecut în timpul ședinței de psihoterapie;
- sunt precis și concret definite, astfel încât succesul este ușor de înregistrat;
- au o bază logică, înțeleasă și acceptată atât de terapeut, cât și de pacient;
- sunt definite ca situații din care nu se pierde nimic pentru că se învață chiar dacă scopul nu a fost atins.

Pentru a evita orice neînțelegere este util atât pentru terapeut, cât și pentru pacient să noteze sarcina trasată și obiectivul urmărit.

Strategiile cognitiv-comportamentale de psihoterapie în depresie (Melanie Fennell, 1989)

1. Strategii cognitive:
- tehnici de distragere;
- numărarea gândurilor.
2. Strategii comportamentale:
- monitorizarea activităților, plăcerii și autocontrolului;
- realizarea unor orare;
- stabilirea unor sarcini gradate.
3. Strategii cognitiv-comportamentale:
- identificarea gândurilor negative;
- adresarea de întrebări gândurilor negative;
- experimente în sfera comportamentală.
4. Strategii preventive:
- identificarea convingerilor;
- adresarea de provocări pentru viitor;

BCU CLUJ-NAPOCA UNIVERSITY LIBRARY

– pregătirea pentru viitor.

Pentru a încuraja speranța și angajarea pacientului în psihoterapie este important ca, atât în cadrul ședințelor de psihoterapie, cât și al temelor pentru acasă să fie obținute unele succese, oricât de mici, pe care pacientul trebuie să și le atribuie lui însuși și care să demonstreze că depresia poate fi controlată prin efort personal. Acest lucru este important îndeosebi la începutul tratamentului.

Etapa nr. 1

Strategii cognitive

Sunt prezentate ca modalități de a stopa „ruminațiile" depresive care nu fac decât să înrăutățească situația, în loc să contribuie la o rezolvare constructivă a problemei. Acestea sunt utile mai ales la începutul tratamentului, înainte ca pacientul să capete abilitatea de a găsi alternative la gândurile negative automate. Ele nu produc o modificare cognitivă esențială, dar prin reducerea frecvenței gândurilor depresive contribuie la ameliorarea dispoziției care, la rândul ei, poate înlesni rezolvarea de probleme. Unii pacienți utilizează spontan metoda distragerii pentru a evita să se gândească la lucruri dureroase („evitare cognitivă"). Acestora trebuie să li se explice avantajele (se simt bine pe termen scurt) și dezavantajele (problemele rămân nerezolvate pe termen lung) aplicării acestei tehnici ca unică metodă.

Tehnicile de distragere:

1. Concentrarea pe un obiect:

Pacienților li se cere să se concentreze asupra unui obiect și să-l descrie pentru ei înșiși cu cât mai multe detalii.

2. Conștientizarea senzorială:

Pacienții sunt învățați să se concentreze asupra mediului înconjurător ca un tot unitar, utilizând văzul, auzul, gustul, pipăitul și mirosul. Concentrarea poate viza și corpul propriu („Ce simți în interiorul corpului tău? Ce poți atinge? Îți simți trupul pe scaun? Îți percepi hainele, ochelarii, părul? Ce vezi în jurul tău? Și ce mai vezi? Ce auzi?" etc.)

3. Exerciții mentale:

– a număra de la 1 000 la 1 din 7 în 7 (din 5 în 5);
– a numi orașele al căror nume încep cu o anumită literă;
– reamintirea în detaliu a unei vacanțe.

4. Amintiri și imagini plăcute:

– amintirea unei situații plăcute, când subiectul a avut un mare succes;

– ce ar face dacă ar câștiga o mașină sau o sumă mare de bani.

Dezavantajul constă în faptul că, la depresivi, accesul la amintiri plăcute poate fi dificil de realizat, iar gândurile pozitive sunt repede sufocate de cele negative.

5. Activități care îl absorb pe subiect:

Este important să fie selectate acele activități care ocupă atât mintea, cât și trupul: rebus, tenis, ascultă radioul în timp ce calcă etc.

6. Numărarea gândurilor (Burns, 1980):

Are menirea să producă o anumită distanță față de gândurile negative. Subiectul este învățat să noteze apariția gândurilor negative bifând câte un punct într-un tabel. Dezavantajul acestei tehnici constă în aceea că ea poate avea ca efect imediat intensificarea gândurilor negative, ceea ce duce la accentuarea depresiei, mai ales dacă pacientul nu și-a format încă deprinderile de a le modifica.

Etapa nr. 2

Strategii comportamentale

O serie de activități — cum ar fi automonitorizarea, realizarea și urmărirea unor programe (orare) și a unor sarcini gradate — au drept scop antrenarea subiectului în acțiuni menite să îmbunătățească dispoziția.

1. Monitorizarea activităților

Pacienților li se cere să noteze ce fac, oră de oră, și să evalueze activitățile în funcție de doi parametri:

– plăcere — P;

– grad de realizare (măiestrie) — R.

Aceste protocoale îl ajută pe pacient să verifice veridicitatea unor gânduri, cum ar fi „Eu nu am făcut nimic". De asemenea, acest gen de înregistrări surprinde relația dintre dispoziție și activitate. Evaluarea diverselor activități la indicatorul „plăcere" poate ajuta la infirmarea unor gânduri negative de tipul „Orice aș face, mi-e indiferent" (gând ce reflectă dificultatea de a percepe experiențe pozitive).

2. Realizarea unor orare (programe)

Se utilizează pentru planificarea activităților viitoare după același model (oră de oră). Scopul constă în a crește nivelul de activism al subiectului și de a maximiza eficiența și plăcerea.

Avantajele tehnicii:

– reduce numărul prea mare de sarcini la o listă ce poate fi îndeplinită;

– înlătură nevoia unor decizii repetate („Ce voi face acum?");
– accentuează sentimentul că activitățile respective pot fi îndeplinite;
– crește proporția activităților de pe urma cărora subiectul obține satisfacție;
– mărește nivelul sentimentului de autocontrol al subiectului asupra propriei sale existențe.

Sarcinile gradate vizează realizarea unor exerciții în pași mici, accesibili subiectului, fiecare pas fiind întărit prin feedback. Accesul la fiecare etapă este facilitat prin identificarea și adresarea unor întrebări cu caracter provocator fiecărui blocaj. (Blocajele sunt de tipul: „Nu voi fi capabil să fac aceasta", „Este prea mult pentru mine" etc.)Tehnica este utilă pentru a-l ajuta pe pacient să depășească inerția și să facă față unor situații care produc anxietate. Depresivii relatează faptul că de cele mai multe ori ei eșuează în îndeplinirea unor sarcini pe care și le-au trasat singuri și folosesc aceste fapte ca pe o dovadă a inadecvării lor personale. Aceasta se întâmplă pentru că ei așteaptă prea mult de la propria persoană, considerând că ar trebui să se comporte ca și cum nu ar fi depresivi.

Sarcinile gradate combat lipsa de speranță, încurajând pacientul să reducă sarcinile la proporții rezonabile și mărind frecvența recompenselor.

Etapa nr. 3
Strategii cognitiv-comportamentale

Ședințele de psihoterapie și temele pentru acasă au ca obiectiv să-l învețe pe pacient să identifice, să adreseze întrebări și să testeze autenticitatea gândurilor negative.

Conținutul gândurilor negative a fost clasificat în ceea ce Beck (1967) numea „triada cognitivă":

1. Ego-ul („Sunt lipsit de valoare").
2. Experiențele curente („Nimic din ceea ce fac nu este bine").
3. Viitorul („Niciodată nu mă voi simți mai bine").

Gândurile depresive automate au o serie de particularități care influențează psihoterapia și afectează relația terapeut–pacient:

– sunt habituale și deci greu de identificat;
– sunt automate și involuntare și deci greu de controlat;
– au un caracter plauzibil (mai ales atunci când sunt însoțite de emoții puternice), deci este greu să li se adreseze o provocare;

– se referă la o gamă largă de stimuli, incluzând chiar psihoterapia, iar tratamentul poate fi respins pentru că pacientul prevede eșecul acestuia.

Aceste gânduri negative în legătură cu psihoterapia trebuie identificate și chestionate ca oricare alte gânduri negative. Gândurile negative reprezintă rezultatul unor erori în procesul de percepere și interpretare a experiențelor vieții. Aceste erori se referă la:

– suprageneralizare: subiectul trage concluzii generale pornind de la situații particulare („Tot ceea ce fac este greșit");

– abstragere selectivă: se acordă atenție doar aspectelor negative ale vieții („Nu am avut nicio clipă plăcută astăzi"). Momentele agreabile nu au fost conștientizate;

– raționamente dihotomice: subiectul gândește în extreme („Dacă nu fac acest lucru perfect, mai bine nu-l fac deloc");

– personalizarea: subiectul își asumă responsabilități pentru lucruri care nu au sau au de-a face în mică măsură cu persoana lui (exemplu: dacă prietenul a trecut pe stradă fără să-l observe, din neatenție, depresivul își spune: „Probabil că am făcut ceva care l-a supărat");

– inferențe arbitrare: se trag concluzii pe baza unor raționamente neadecvate (cineva care nu a reușit să ducă la bun sfârșit prima temă pentru acasă poate trage concluzia: „Acest gen de psihoterapie nu mi se potrivește").

Identificarea gândurilor negative automate

Pacienții învață să identifice aceste gânduri întâi împreună cu psihoterapeutul, apoi dezvoltă aceste capacități prin intermediul unor teme pentru acasă. Aceștia învață:

– să identifice emoțiile neplăcute;

– să recunoască situațiile în care acestea apar;

– să identifice gândurile automate asociate.

Modificarea dispoziției este un semnal că gândurile negative automate sunt prezente (este mai ușor la început ca pacientul să evalueze dispoziția decât gândurile negative).

În cazul pacienților care nu agreează evaluările numerice, pentru că au impresia că demersul terapeutic este prea mecanicist, se pot utiliza scale de evaluare calitativă (mă simt foarte rău, rău, așa și așa, bine, foarte bine). Gândurile automate negative nu se referă numai la cuvinte, ci și la imagini, care trebuie descrise în detaliu.

Dificultăți în identificarea gândurilor negative

1. Pacienții evită să-și înregistreze gândurile

Depresia face ca unii pacienți să întâmpine dificultăți în distanțarea de gândurile negative. Mai mult, concentrarea asupra gândurilor negative, atâta timp cât subiectul nu este capabil să le controleze, poate fi aversivă și dureroasă. În astfel de cazuri este indicat să fie limitat timpul de concentrare asupra gândurilor negative, pentru a se realiza un oarecare control asupra acestora.

2. Subiectul nu identifică gândurile negative

În aceste situații, este bine să se adreseze întrebarea: „Ce semnificație are situația respectivă pentru dvs.?"

3. O eroare frecventă a terapeutului constă în a pune întrebări în legătură cu cauza unor stări afective negative (de ce?) și nu cu gândurile care îi vin în minte subiectului. În aceste situații, el pierde ocazia să obțină o înregistrare a gândurilor negative. Întrebarea corectă este: „Ce ți-a trecut prin minte în momentul acesta?"

Testarea (verificarea) gândurilor negative automate

1. Adresarea unor întrebări cu caracter provocator.
2. Experimentarea în sfera comportamentală.

1. Întrebările cu caracter provocator au drept scop să-l învețe pe subiect să-și reevalueze modul de gândire pentru el însuși. Acest obiectiv nu va fi atins dacă terapeutul face toată treaba singur, în locul pacientului. Cu alte cuvinte, trebuie să se urmărească extragerea unor alternative de la subiect și nu oferirea unor alternative. Întrebările uzuale sunt:

– Pe ce te bazezi când afirmi că lucrurile stau așa?
– Ce puncte de vedere alternative pot fi găsite aici?
– Care sunt avantajele și dezavantajele acestui mod de gândire?
– Ce erori de logică am făcut?

Întrebări menite să pună în evidență punctele de vedere alternative:

a) Ce ai fi gândit despre aceasta înainte de a fi deprimat?

b) Ce ar fi gândit cineva în care ai încredere despre aceasta?

c) Ce i-ai spune altei persoane care ar veni să-ți ceară sfatul într-o problemă asemănătoare?

Întrebarea legată de avantajele și dezavantajele modului negativ de a gândi se referă la acei pacienți care consideră că gândurile cu caracter autocritic sunt folositoare și constructive. Întrebarea referitoare

la „ce eroare logică fac" se referă la pacienții care fac în mod frecvent aceeași greșeală, cum ar fi suprageneralizarea, abstracția selectivă sau altele.

2. Experimentările în sfera comportamentală se referă la găsirea unor modalități mai eficiente de a reacționa la o situație externă care nu poate fi ameliorată. Uneori subiectul are în interiorul său modalitățile eficiente de acțiune, dar acestea sunt blocate de modul negativ de gândire. De pildă, un pacient știe cum să-și exprime dezacordul, dar își inhibă reacția prin gânduri de tipul: „Dacă îmi voi exprima dezacordul, ei nu mă vor agrea".

În alte cazuri, pacientul chiar nu știe cum ar putea acționa mai eficient. În astfel de situații el trebuie să-și însușească noi modele de comportament, cum ar fi comportamentul asertiv, abilitățile sociale, rezolvarea de probleme sau deprinderi de studiu.

Etapele experimentării în sfera comportamentală:

a) Predicția specifică: ce gând va fi testat în practică (exemplu: „Îi voi spune soției mele ce rău mă simt și ea se va supăra pe mine".)

b) Trecerea în revistă a argumentelor pro și contra gândului respectiv.

c) Experimentarea practică pentru testarea validității ipotezei (predicție). Terapeutul și pacientul trebuie să știe foarte precis ce anume trebuie făcut. Mai mult, experimentarea trebuie astfel organizată pentru a maximiza șansele unui rezultat pozitiv (se poate repeta sub formă de jocuri de rol ce anume va spune pacientul).

d) Notarea rezultatelor. Ca și temele pentru acasă, experimentările în plan comportamental trebuie astfel conduse încât să nu se piardă nimic: cu alte cuvinte, pacientul să câștige chiar în cazul în care situația nu a luat întorsătura pe care o dorește el. În aceste cazuri, câștigul constă în a învăța ceva. Dacă soția nu s-a supărat, este cu atât mai bine. Dacă s-a supărat, se pot obține noi informații:

– Ce nu este în regulă?

– A făcut pacientul ceva ce nu trebuia? etc.

După definirea problemei se elaborează planuri pentru a face față situației mai bine data viitoare și astfel rezultatele negative pot avea un caracter constructiv.

e) Concluziile. Este bine ca acestea să fie formulate sub forma unei reguli (exemplu: „Nu face presupuneri în legătură cu modul în care se vor purta ceilalți cu tine, mai bine verifică singur").

Dificultăți care apar în provocarea gândurilor negative automate

1. Răspunsurile raționale modifică emoțiile negative numai dacă pacientul crede în ele. Acesta este motivul pentru care ele trebuie extrase de la pacient și nu furnizate de terapeut. Provocarea prin întrebări a gândurilor negative este o abilitate care se obține prin practică. Când răspunsurile alternative aparent valide nu conduc la reducerea depresiei sau a credinței în gândurile negative inițiale, acesta este un semn că pacientul are rezerve în legătură cu validitatea lor. În acest caz, informațiilor de tipul „da, dar..." trebuie să li se răspundă la rândul lor.

2. Terapeutul se poate lăsa influențat de modul de gândire al pacientului. El poate cădea în capcana de a considera că pacientul are dreptate să se simtă deprimat, mai ales atunci când circumstanțele existenței sunt deosebit de dificile. Terapeutul trebuie să fie convins că schimbarea e posibilă pentru că nu toți oamenii devin deprimați în situații dificile.

3. Provocarea este imposibilă.

Faptele nu pot fi provocate! Ceea ce terapeutul interpretează ca fiind o distorsionare de tip depresiv, uneori este o realitate obiectivă. În același timp, întrebărilor nu li se pot adresa alte întrebări cu caracter provocator. În astfel de cazuri, terapeutul trebuie să transforme întrebarea în afirmație după modelul:

„Ce va fi dacă nu pot face față?" devine „Nu voi fi capabil să fac față".

Etapa nr. 4
Strategii preventive

Avantajul major pe care îl are psihoterapia (mai ales cea cognitiv-comportamentală) față de medicația antidepresivă este că reduce riscul de recădere. Aceasta se întâmplă pentru că subiectul își însușește o serie de deprinderi de a face față depresiei, ceea ce îi scade vulnerabilitatea față de episoadele viitoare, deoarece deprinderile respective zdruncină convingerile negative de bază pe care se fundamentează depresia.

Identificarea și adresarea de provocări convingerilor negative

După ce pacientul și-a însușit abilitatea de a identifica gândurile negative automate, se poate trece la abordarea convingerilor negative.

Acestea au următoarele caracteristici:

1. Nu reflectă realitatea experiențială. De exemplu, convingerea „voi fi totdeauna puternic" ignoră vulnerabilitatea umană. Din acest punct de vedere, asemenea convingeri sunt iraționale.

2. Sunt rigide, suprageneralizate și extreme, pentru că nu țin seama de variația circumstanțelor.

3. Mai curând stopează decât facilitează atingerea unor scopuri, pentru că standardele perfecționiste produc anxietate, care inhibă și blochează performanțele.

4. Încălcarea (violarea) lor este asociată cu emoții extreme și excesive (depresie și disperare, mai curând decât tristețe și regret).

5. Sunt relativ nemodificabile sub influența experiențelor obișnuite. Aceasta se întâmplă pentru că subiectul acționează ca și cum ele ar fi adevărate și pentru că ele nu sunt explicit formulate, acționând la nivel inconștient.

Abandonarea lor prezintă pentru subiect riscuri inacceptabile. De exemplu: „Dacă voi înceta să-i pun pe ceilalți pe primul plan, nimeni nu o să mă mai placă".

Beck, Hollon, Young, Bedrosian și Budenz (1985) au grupat convingerile disfuncționale în funcție de trei domenii:

– realizare (nivel înalt de performanțe, nevoie de succes);

– acceptare (nevoia de a fi agreat, iubit);

– control (nevoia de a controla evenimentele, nevoia de a fi puternic).

Beck, Epstein și Harrison (1983) au grupat aceste convingeri și în funcție de o dimensiune supraordonată în:

– sociotropie — care pune accentul pe relațiile interpersonale;

– autonomie — care pune accentul pe independența și libertatea alegerii.

Această clasificare poate înlesni demersul psihoterapeutic. Astfel, o persoană cu grad mare de autonomie va accepta cu dificultate sugestiile terapeutului și va avea tendința să încheie în mod prematur psihoterapia pentru că este convinsă că se poate descurca și singură. Dimpotrivă, o personalitate sociotropă poate manifesta dorința exagerată de a face pe plac terapeutului și va avea dificultăți să acționeze independent între ședințe.

Ambele modalități habituale de răspuns pot fi speculate în avantajul psihoterapiei:

– în primul caz, terapeutul pune accent pe aspectele de autoajutorare (self-help) ale tratamentului;

– în al doilea caz, dorința pacientului de a-i fi pe plac terapeutului poate fi utilizată pentru a-l mobiliza pe acesta înainte de a-i fi încurajată independența.

Identificarea convingerilor disfuncționale este mai greu de realizat decât aceea a gândurilor negative automate, pentru că ele reprezintă reguli generalizate care pot să nu fie niciodată formulate explicit. Ele trebuie mai curând extrase decât observate, utilizând următoarele surse de informații:

1. Tematica ce rezultă din timpul discuțiilor cu terapeutul. Exemplu: pacientul își propune să facă lucrurile foarte bine sau este preocupat de faptul de a nu fi rejectat.

2. Erorile de logică ce apar în cursul gândurilor negative automate pot fi identice și la nivelul convingerilor. De exemplu, raționamentul dihotomic:

a) gând negativ: „Dacă mai avem vreo dispută, eu plec".

b) convingere negativă: „Dacă nu poți cădea de acord cu cineva, mai bine nu ai nicio relație cu nimeni".

3. Autoevaluarea globală: termeni ca „prost", „infantil", „slab" pe care îi folosește subiectul în raport cu el însuși pot reflecta standarde care nu sunt vizibile la prima vedere. Evaluarea globală a celorlalți poate îndeplini aceeași funcție.

4. Amintiri, relatări ale familiei. Unii oameni au frecvent amintiri foarte vii din copilărie, care pot furniza o informație intuitivă asupra credințelor subiectului. De exemplu, o femeie avea convingerea că trebuie să vină permanent în întâmpinarea dorințelor celorlalți. Ea conserva amintirea vie a mamei sale, care pleca de acasă amenințând-o că nu o va mai iubi dacă nu va face ceea ce i s-a cerut.

5. Buna dispoziție indică faptul că convingerea a fost confirmată, iar proasta dispoziție, că regula a fost încălcată. Astfel, o persoană care consideră absolut necesar că trebuie să fie agreată de toată lumea va fi încântată dacă cineva o place (nu doar mulțumită).

Adresarea de întrebări provocatoare convingerilor negative

Odată identificate convingerile negative, disfuncționale, se recurge la întrebări cu caracter provocator și la experimentări în sfera comportamentală, pentru ca subiectul să-și elaboreze convin-

geri-reguli mai moderate și mai realiste. Sunt utile întrebări de tipul următor:

– În ce mod această convingere are un caracter irațional?

Se potrivește convingerea ta cu modul real în care funcționează lumea? Astfel, este irațional să ceri ca viața să fie echitabilă, pentru că faptele arată că acest lucru nu e posibil.

– În ce mod această convingere este nefolositoare? Îi ajută ea pe pacienți să obțină ceea ce vor de la viață sau, dimpotrivă, îi blochează?

O strategie utilă într-o astfel de situație constă în realizarea unei liste cu avantajele și dezavantajele menținerii convingerii respective.

– De unde provine convingerea respectivă?

În psihoterapia cognitiv-comportamentală perspectiva istorică nu este uzuală. Cu toate acestea, în unele cazuri, înțelegerea modului cum s-a format convingerea disfuncțională îl ajută pe subiect să se distanțeze de ea. Ceea ce pentru copil constituia o regulă nu mai reprezintă același lucru pentru adult. De pildă, pacientul, în postura de copil, putea să creadă că supraviețuirea sa depindea de blocarea oricărei contraziceri a mamei. În calitate de adult, el trebuie să dezvăluie toate consecințele care rezultă din contrazicerea celorlalți, ajungând la concluzia că a face pe plac celorlalți este rareori o problemă de viață și de moarte.

– Care ar fi alternativa unei convingeri cu caracter mai moderat, care să aibă doar avantajele, nu și dezavantajele convingerii disfuncționale?

Convingerile disfuncționale sunt formulate în termeni extremi, ca necesități absolute. Formularea unor alternative care să țină seama și de unele nuanțe de cenușiu (nu numai de alb sau negru) ajută subiectul să facă față unor situații care până atunci conduceau la eșecuri și, în consecință, la depresie. De pildă, un pacient considera că a solicita ajutor este un semn de slăbiciune. Convingerea sa suna cam așa: „Totdeauna trebuie să te descurci singur, indiferent cât de rău te simți!"

În timpul terapiei, el a fost ajutat să-și construiască o convingere alternativă mai realistă: „Este bine să faci față problemelor tale în mod independent, dar nu e corect față de mine însumi să-mi pretind așa ceva în toate situațiile. Nu sunt decât un om și am uneori nevoie de ajutor ca oricine altcineva".

Alternativele la convingerile disfuncționale pot fi notate pe cartele, pe care pacientul le citește de mai multe ori până când modul de

a acționa în acord cu acestea devine o a doua natură.

Ca și în cazul gândurilor negative automate, provocările verbale adresate convingerilor disfuncționale trebuie testate și întărite prin modificări în plan comportamental. Experimentările în plan comportamental trebuie repetate perioade mult mai lungi decât cele care se referă doar la gânduri negative automate și într-o gamă mai largă de situații. Aceste experimentări pot îmbrăca o varietate largă de forme:

- strângerea de informații cu privire la regulile de viață, convingerile și standardele celorlalți (și nu considerarea standardelor personale ca fiind universale);
- observarea modului în care se comportă alții (poate fi un indicator al unor norme diferite de viață);
- acțiuni contrare convingerilor disfuncționale și observarea consecințelor;
- testarea în practică a noilor reguli-convingeri.

Astfel, pacientul care credea că nu trebuie să ceară ajutor în nicio situație a fost învățat să solicite respectivul ajutor la serviciu, acasă și de la prieteni chiar și atunci când nu avea neapărat nevoie de acesta. În felul acesta, el a descoperit că nu se întâmplă nicio catastrofă; în plus, relațiile lui cu ceilalți s-au îmbunătățit, pentru că oamenii și-au dat seama că el nu este invulnerabil și l-au agreat mai mult așa.

Eventualele recăderi în timpul psihoterapiei sunt utilizate ca posibilități pentru noi exerciții practice, demonstrându-se faptul că cele învățate pot fi utilizate pentru controlarea recăderilor depresive.

Pregătirea pentru viitor

La sfârșitul terapiei, mulți pacienți se tem de faptul că nu se vor descurca singuri. Aceste temeri sunt abordate în același mod ca și alte gânduri negative. Este important ca pacienții să fie încurajați să le exprime și apoi să le testeze validitatea. Astfel, unui pacient i se poate cere ca în cadrul temelor pentru acasă, să-și adreseze astfel de întrebări:

„Ce dovezi ai că psihoterapia a acționat în cazul tău?"

„Ce ai învățat de la aceste ședințe de psihoterapie?"

„Cum poți aplica cele învățate pentru a deveni la sfârșitul tratamentului o persoană independentă și încrezătoare în sine?"

„Presupunând că vor apărea probleme la un moment dat, care ar fi elementele care te-ar putea face să recazi?"

„Cum le-ai putea face față?"

„Ai pe cineva care te-ar putea ajuta la nevoie?"

„Ce motive te-ar putea determina să te adresezi din nou terapeutului tău dacă eforturile tale cele mai intense nu dau rezultate?"

Dacă se întrevede un eveniment psihotraumatizant în viitor (de exemplu, decesul unui părinte sau faptul că un copil părăsește familia), terapeutul și pacientul pot elabora un plan de acțiune pentru o astfel de eventualitate.

De asemenea, este bine să se elaboreze un fel de rezumat al tehnicilor de autoajutorare, sub forma unui ghid de „prim ajutor", ghid care să conțină, pe de o parte, dificultățile resimțite de pacient când a fost depresiv și, pe de altă parte, tehnicile specifice care s-au dovedit utile în depășirea situației respective. (De exemplu, planificarea zilei pentru a maximiza plăcerea și eficiența, a fi mai tolerant cu propria persoană etc.)

Ce se întâmplă dacă terapia cognitiv-comportamentală eșuează?

Un număr relativ redus de pacienți depresivi nu răspund la terapia cognitiv-comportamentală (Blackburn și Bishop, 1983; Fennell și Teasdale, 1987.

Din nefericire, este dificil ca aceștia să fie identificați înainte de începerea tratamentului, deși dificultățile de a lucra cu ei se manifestă încă din primele ședințe. În astfel de cazuri, terapia se încheie cu eleganță, după cinci–șase ședințe, și se recomandă alt tip de tratament. În funcție de factorii care produc rezistență la psihoterapia cognitiv-comportamentală, se poate recomanda:

– o psihoterapie de lungă durată (nu există niciun motiv pentru care terapia cognitiv-comportamentală să nu poată fi extinsă);

– psihoterapie de familie (dacă factorii care mențin simptomul sunt de natură interpersonală);

– tratament psihiatric cu sau fără tehnici cognitiv-comportamentale.

BCU IASI UNIVERSITY LIBRARY

Psihoterapia cognitivă pentru persoanele cu tulburare depresivă cronică persistentă

Scott (1998) subliniază faptul că, deși persoanele depresive par foarte dificil de abordat, observațiile clinice au demonstrat că psihoterapia cognitivă poate fi de folos în multe cazuri, dar sub supraveghere atentă și cu susținere emoțională și chiar medicamentoasă.

Pacienții cu depresie cronică persistentă au trăit numeroase decepții ca urmare a eșecului tratamentelor încercate anterior, ei resimțind adesea respingerea deschisă sau camuflată a diverșilor terapeuți care nu au reușit să le rezolve problemele. De aceea, pacienții și persoanele semnificative din anturajul acestora devin adesea sceptici și își pierd speranța în posibilitatea unei remisiuni sau vindecări. Pentru a obține rezultate, terapeuții care lucrează cu astfel de subiecți trebuie să fie capabili să le ofere informații, sfaturi, îndrumări, să îi ajute să-și formeze deprinderi de a face față dificultăților existenței și să le asigure un substanțial suport psihologic.

O serie de simptome ale tulburării depresive cronice și rebele pot să fie tratate prin intermediul tehnicilor cognitive, cu sau fără tratament psihiatric. Dintre acestea enumerăm: lipsa de speranță, ideația cu conținut suicidar, stima de sine scăzută, stilul deficitar de rezolvare a unor probleme de viață, precum și stilul evitant de relaționare.

Mai mult, respingerea tratamentului psihiatric, atitudine care se manifestă la aproximativ 20 până la 50% dintre acești pacienți, poate fi abordată cu succes prin intermediul strategiilor cognitiv-comportamentale (Cochran, 1984, Rush, 1988).

Tratamentul depresiei cronice persistente preîntâmpină o serie de dificultăți de natură psihosocială, dificultăți ce pot reprezenta atât cauze, cât și consecințe ale cronicizării depresiei, precum și ale noncomplianței la tratament. Studiile asupra tulburării depresive unipolare au evidențiat faptul că lipsa suportului social, relațiile maritale sau de familie necorespunzătoare, trăirea unor situații cu puternică încărcătură emoțională, precum și frecvența evenimentelor negative care apar după un episod depresiv pot conduce la cronicizarea acesteia (Akiskal, 1982, Thase, 1994).

În unele cazuri, tratamentul farmacologic îi ajută pe pacienți să capete suficientă forță pentru a se concentra asupra elaborării unor abilități de a face față stresului și dificultăților vieții. Cu toate acestea,

pacienţii cu un fond nevrotic premorbid sau cu atitudini disfuncţionale bine structurate răspund slab la medicaţia cu substanţe antidepresive (Scott, 1988; Paykel, 1994; Thase, 1994; Bothwell şi Scott, 1997). Aceste atitudini disfuncţionale, care blochează evoluţia tratamentului psihiatric, se referă mai ales la stima de sine scăzută. La aceşti pacienţi se obţin, de regulă, remisiuni parţiale şi apar recăderi frecvente, situaţii care pot fi remediate prin includerea psihoterapiei cognitiv-comportamentale ca adjuvant la tratament (Carnwall şi Scott, 1997).

Psihoterapia cognitivă şi cognitiv-comportamentală mai este indicată şi pentru alte categorii de pacienţi, la care aceste tehnici se asociază cu tratamentul psihiatric:

- pacienţi cu tulburări afective cronice, cum ar fi, de pildă, cei distimici, dintre care doar 50% răspund la tratamente medicamentoase (Markowitz,1994);
- pacienţi cu tulburare depresivă şi cu simptome somatice sau psihice asociate, la care administrarea de medicamente antidepresive trebuie uneori limitată;
- pacienţi cu tulburări de personalitate sau care abuzează de alcool ori droguri.

Trebuie subliniat şi faptul că mulţi pacienţi cu tulburare depresivă cronică, care răspund bine la tratamentul psihiatric, continuă să aibă dificultăţi în viaţa socială, familială sau profesională, ceea ce face ca psihoterapia să fie indicată şi în aceste situaţii.

Psihoterapia cognitivă este utilă în toate cazurile de depresie cronică pentru prevenirea recăderilor. Pacienţii cu depresie cronică nu răspund bine la demersurile slab structurate, deoarece acestea le amplifică sentimentele de neajutorare şi lipsa de speranţă. Acestor pacienţi li se potriveşte cel mai bine o abordare psihoterapeutică directivă, structurată şi limitată în timp, caracteristici specifice terapiei cognitiv-comportamentale. O asemenea terapie oferă subiecţilor un model inteligibil al existenţei, planuri raţionale de realizare a schimbării şi favorizează achiziţionarea unor abilităţi şi deprinderi de a face faţă dificultăţilor.

Intervenţia psihoterapeutică de orientare cognitivă utilizată la pacienţii cu tulburare depresivă cronică se bazează pe studiile lui Beck şi ale colaboratorilor săi (1979), care au realizat un demers terapeutic pentru cazuri mai puţin severe, ce cuprinde 18–20 de şedinţe individuale.

Componentele acestui model sunt următoarele (Williams, 1999):

– Gândurile negative automate, denumite astfel pentru că se manifestă oarecum din senin, fără a fi totdeauna direct legate de evenimente externe.

Acestea sunt percepute ca adevărate de subiectul în cauză, fără o analiză minuțioasă, efectul lor fiind alterarea dispoziției și generarea altor gânduri și imagini cu conținut negativ, care conduc la o stare de disperare.

– Prezența sistematică în gândirea depresivilor a unor erori de logică, erori ce nu se exclud reciproc:

- inferențele arbitrare: „Prietenul meu nu răspunde la telefon, probabil s-a întâlnit cu o altă femeie";
- suprageneralizarea: „Totdeauna mi se întâmplă lucruri rele";
- abstragerea selectivă: „Lucrurile bune pe care mi le-a spus nu au importanță; criticile pe care mi le adresează reprezintă gândurile sale adevărate";
- amplificarea: „Am întârziat la ședință și toți vor crede că nu corespund postului care mi-a fost încredințat";
- minimalizarea: „Șeful mi-a adresat un compliment pentru că se afla într-o dispoziție bună";
- personalizarea (subiectul atribuie eșecurile și lucrurile rele propriilor greșeli, în ciuda evidenței): „A fost numai vina mea";
- gândirea dihotomică („totul sau nimic"): „Dacă el mă părăsește, mai bine aș muri".

Schemele cognitive de tip depresiv

Așa cum am mai subliniat, acestea reprezintă supoziții și atitudini disfuncționale de bază, care se mențin pe termen lung, se formează încă din copilărie și constituie modalități prin intermediul cărora subiectul își organizează și structurează experiențele trecute și prezente și evaluează informațiile legate de lumea înconjurătoare.

În opinia lui Beck, schema cognitivă reprezintă o structură menită să selecteze, să codifice și să evalueze stimulii ambianței, realizându-se astfel organizarea psihologică a realității în elemente semnificative sub aspect psihologic. Pe baza acestor scheme sau matrici cognitive, individul va reuși să se orienteze în raport cu realitatea și să confere o semnificație experiențelor sale. Conform acestei teorii, schemele cognitive de tip depresiv se dezvoltă de-a lungul multor ani

și, deși pot să nu fie evidente, se vor activa în urma impactului cu situațiile stresante.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală (Beck et al., 1979) are ca obiectiv contracararea gândurilor, amintirilor și convingerilor negative care mențin depresia și fac persoana vulnerabilă la viitoare episoade depresive. Tehnicile terapeutice îl ajută pe pacient să-și restructureze gândurile, amintirile și convingerile negative, testând validitatea acestora prin intermediul unor experimente în sfera comportamentală și prin strângerea de dovezi care să conducă la infirmarea lor. În cazul tulburărilor depresive cronice sunt indicate mai multe ședințe (24–40) (Scott, 1998). Același autor prezintă o listă a modificărilor pe care trebuie să le sufere terapia cognitivă în depresiile cronice (Scott, 1998; p. 85):

1. Creșterea frecvenței ședințelor și reducerea duratei unei ședințe de psihoterapie (trei ședințe a câte 20 de minute săptămânal).
2. Extinderea duratei psihoterapiei la aproximativ 30 de ședințe.
3. Accentuarea aspectelor interpersonale ale relației psihoterapeutice.
4. Oferirea unor explicații raționale dacă se recomandă metode combinate (de pildă, prezentarea modelului psihosocial al depresiei).
5. Accentuarea focalizării asupra unor aspecte comportamentale.
6. Utilizarea unui demers centrat pe simptom, concomitent cu realizarea unor conceptualizări coerente a simptomelor.
7. Folosirea în terapie a relaxării și hipnozei clinice.

Inițial s-a crezut că hipnoza este contraindicată în depresii (Bourrows, 1980), deoarece aceasta ar putea destructura mecanismele de apărare și așa fragile ale pacientului depresiv, grăbind apariția ideilor și chiar a comportamentului suicidar.

În același timp, partizanii teoriei substituției de simptom susțineau că înlăturarea depresiei ar putea declanșa la pacient tulburări mult mai grave (Barnett, 1981; Crasilneck și Hali, 1985, apud Holdevici I., 2001), după cum alți terapeuți pur și simplu nu au obținut rezultate utilizând hipnoza în depresii (Weitzenhoffer,1989).

La ora actuală s-a schimbat concepția cu privire la depresie, dar și la hipnoză ca metodă de psihoterapie. Astfel, se consideră că depresia reprezintă în primul rând o consecință a acțiunii unor variabile intra- și interpersonale, iar hipnoza nu mai este privită doar ca o psihoterapie centrată pe simptome, ci ca o metodă complexă de restructurare psihică și de generare a unor noi asociații încărcate de sens.

Yapko (1993) subliniază faptul că obiectivul hipnoterapiei constă în distrugerea structurilor psihice dezadaptative și cu caracter limitativ, și construirea în locul lor a unor mecanisme psihologice sănătoase și eficiente. Dacă inițial acest obiectiv se referea la înlăturarea simptomelor psihopatologice, astăzi tot mai mulți terapeuți își orientează demersurile în direcția amplificării și stimulării resurselor și disponibilităților latente ale pacientului.

Hipnoza poate fi aplicată pentru a identifica și folosi modalitățile personale de organizare a experienței subiective și pentru a le direcționa în mod constructiv, așa cum postulează principiul „utilizării", specific psihoterapiei ericksoniene (Erickson și Rossi, 1979).

Stabilirea și adâncirea relației terapeutice, organizarea și mobilizarea disponibilităților latente ale subiectului, elaborarea de noi asociații și schimbarea sistemelor de referință reprezintă motive suficiente pentru ca hipnoza să poată fi aplicată terapeutic și în cazul depresiei. Hipnoza și relaxarea îl ajută pe pacient să identifice și să înlocuiască mai repede și în mod automat distorsionările cognitive.

8. Introducerea unor ședințe de psihoterapie de familie.

9. În cazul pacienților spitalizați se recomandă:

- psihoterapie ocupațională;
- planificarea externării;
- ședințe orientate în direcția prevenirii recăderilor.

Psihoterapia este orientată spre rezolvarea de probleme și se realizează pe baza unor planuri elaborate pentru fiecare ședință în parte. Pacienților li se explică modelul cognitiv al tulburărilor de dispoziție, respectiv al depresiei; de asemenea, sunt învățați să utilizeze tehnicile de restructurare cognitivă, precum și cele comportamentale pentru reducerea simptomelor. Psihoterapeutul joacă un rol activ, rol care este atribuit și pacientului, acesta fiind solicitat să-și monitorizeze stările, gândurile și să accepte îndeplinirea unor sarcini pentru acasă. Poate mai mult decât în cazul terapiei cognitive a altor tipuri de tulburări, terapeutul trebuie să dea dovadă de multă răbdare și înțelegere și să încurajeze chiar și cel mai mic progres al pacientului.

În cazurile de depresie severă se recomandă o combinație de tehnici cognitive și comportamentale pentru reducerea simptomelor acute. Aceste tehnici trebuie adaptate mai ales pentru abordarea stărilor de agitație psihomotorie, a insomniei, a dificultăților de concentrare a atenției, precum și pentru combaterea lipsei de speranță.

Scott (1992) recomandă ca la începutul terapiei să se pună un accent mai mare pe tehnicile comportamentale care presupun repetarea de mai multe ori, până la supraînvățare, a unor sarcini realizate în diverse situații. Intervențiile cognitive, cum ar fi identificarea și adresarea de provocări gândurilor și convingerilor negative, vor fi amânate până când pacienții vor putea să se concentreze mai bine.

Există însă și unii subiecți cu depresie accentuată, care pot realiza la începutul psihoterapiei și unele sarcini de natură cognitivă. Astfel, un pacient cu insomnii rebele, care nu răspundea prea bine la tratament, a fost instruit să practice o tehnică de relaxare cu imaginație dirijată, pe lângă tehnicile de identificare și modificare a gândurilor negative.

Este important să se apeleze neîntârziat la strategiile cognitive, mai ales pentru combaterea gândurilor legate de lipsa de speranță, precum și a celor suicidare.

Deși psihoterapia cognitivă are în general un caracter riguros și standardizat, terapeuții care lucrează cu pacienții depresivi trebuie să dea dovadă de multă flexibilitate, realizând planuri individualizate de tratament pentru fiecare subiect în parte. Astfel, în cazul distimiei sau depresiei moderate, suprapuse unei tulburări de personalitate preexistente, terapeutul va trebui să introducă strategiile de restructurare atitudinală încă din stadiile timpurii ale psihoterapiei, în timp ce în depresiile severe se va insista în primul rând pe dezvoltarea unor abilități sociale, pe optimizarea funcționării interpersonale și în cele din urmă pe modificarea convingerilor negative disfuncționale. O atenție specială trebuie acordată și anxietății care acompaniază expectațiile negative ale pacienților depresivi, aceasta fiind, la rândul său, abordată prin intermediul unor strategii cognitive.

Prezentare de caz

Alexandra, o femeie casnică de 38 de ani, căsătorită și mamă a doi copii, suferea de depresie majoră cronică de aproximativ trei ani, tratamentul antidepresiv având o eficiență foarte redusă. Pacienta a mai avut două episoade de depresie majoră tratate medicamentos, unul dintre acestea survenind în urmă cu 14 ani, imediat după nașterea primului copil. Alexandra se simțea în permanență nesigură și anxioasă în relația cu fiul ei mai mare și în același timp amenințată de faptul că fiica ei a preluat frâiele gospodăriei și și-a asumat rolul de mamă în timpul episoadelor sale depresive.

Șase tehnici de bază ale terapiei cognitive (după Williams, 1999, p. 265)

Tehnica	Obiective
Identificarea gândurilor negative	Subiectul este instruit să conștientizeze gândurile cu conținut depresiv de îndată ce acestea se manifestă.
Trasarea de sarcini în sfera comportamentală	Subiectul va fi solicitat și încurajat să realizeze acele activități pe care are tendința de a le evita (întâlniri cu prietenii, participare la evenimente culturale etc.).
Testarea validității gândurilor și convingerilor negative	Selectarea și trasarea unor sarcini menite să infirme veridicitatea gândurilor și convingerilor negative (ex.: a telefona unui prieten pentru a verifica gândul că nimeni nu dorește să vorbească cu persoana depresivă).
Repetare cognitivă (antrenament cognitiv)	Subiectul va repovesti terapeutului toate etapele unei activități pe care are tendința să o evite, evidențiind gândurile și sentimentele pe care le încearcă. Obiectivul acestei tehnici constă în identificarea blocajelor, găsirea unor eventuale soluții pentru depășirea acestora și imaginarea unor succese viitoare.
Tehnici terapeutice alternative / relaxare Hipnoză Antrenament mental	Subiectul este instruit să-și imagineze o situație care îl supără și să genereze strategii de a-i face față. Tehnicile respective se dovedesc și mai eficiente dacă se realizează în stare de relaxare sau hipnoză.
Abordarea convingerilor negative de bază	Terapeutul va investiga modul în care schemele cognitive disfuncționale s-au structurat de-a lungul timpului, precum și modul în care acestea influențează viața de zi cu zi a pacientului.

La începutul ultimului episod, Alexandra a răspuns bine la medicația antidepresivă, dar, după un an, mama sa a suferit un accident vascular cerebral și a paralizat. Alexandra și-a convins soțul să se mute cu toții în orașul unde trăia mama sa, dar, la scurt timp după mutare, aceasta din urmă a decedat. Soțul, deși a fost de acord cu mutarea, nutrea resentimente puternice față de pacientă pentru că fusese silit să-și

schimbe serviciul și să-și părăsească prietenii. Depresia Alexandrei se adâncea tot mai mult și familia avea dificultăți mari în ceea ce privește relaționarea cu ea. Medicul de familie i-a prescris diazepam, pe care îl utiliza excesiv, luând adesea supradoze neletale. În acest moment s-a decis internarea Alexandrei în clinica de psihiatrie, unde a fost tratată timp de șase luni cu antidepresive, fără rezultate evidente.
Alexandra era tot mai concentrată asupra propriei persoane și vorbea cu lux de amănunte despre simptomele ei. Ea a refuzat să participe la discuțiile organizate cu psihologul, dar dacă asistentele medicale refuzau să o asculte, devenea și mai deprimată și se simțea respinsă. Alexandra era considerată de echipa medicală o pacientă dificilă care refuză să facă cel mai mic efort pentru a depăși boala.
Învoirile din weekend erau foarte stresante atât pentru ea, cât și pentru familie. Pacienta refuza să discute cu vecinii, să-și facă prieteni și să iasă din casă, pretextând starea în care se afla. În același timp, izolarea socială îi accentua gândurile negative referitoare la faptul că ceilalți nu o agreează. La scurt timp, pacienta a început să rumineze și gânduri legate de faptul că soțul o va părăsi pentru o altă femeie. În acest moment medicul psihiatru a sugerat psihoterapia cognitivă efectuată ambulatoriu.

Ședințele 1–3

Interviul preliminar s-a desfășurat cu mare dificultate, deoarece Alexandra era supărată pe medicul psihiatru că a trimis-o la altcineva, considerând recomandarea ca pe un fel de pedeapsă. Pacienta menționa frecvent faptul că medicul și familia doreau să se debaraseze de ea. Terapeutul a speculat câteva afirmații pentru a atrage pacienta în psihoterapia cognitivă. Astfel, el a provocat-o să găsească explicații alternative pentru atitudinea familiei, ca de pildă: „Poate că ei mă aduc aici pentru a mă vindeca, deoarece le pasă de mine". Deși a furnizat astfel de explicații alternative, pacienta a afirmat că nu crede în ele.

Interviul a mers încet și s-a realizat în trei ședințe pe parcursul cărora au fost identificate următoarele probleme-simptom:

1. Simptome comportamentale: neglijare (igienă personală redusă); restrângerea activităților; izolare socială.

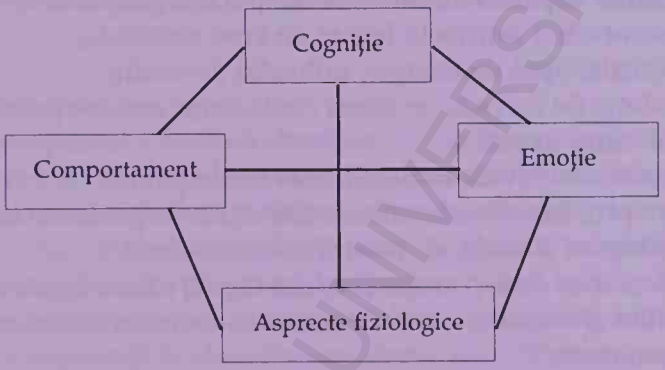
2. Simptome în sfera motivațională: absența interesului și sentimentului plăcerii; totul se realizează cu un efort prea mare; indecizie.

3. Simptome afective: depresie; lipsă de speranță; anxietate; dispoziție iritabilă.

4. Simptome cognitive: scăderea capacității de concentrare a atenției; obsesii legate de starea de sănătate; stimă de sine scăzută; imagine de sine proastă; idei tranzitorii legate de faptul că ar fi mai bine ca pacienta să dispară: „familiei mele i-ar fi mai bine fără mine"; „nu

mai este nimic de făcut"; „nimic nu mă poate salva"; „am eșuat ca soție și mamă".

5. Simptome fiziologice: lipsă de energie; se trezește la ora trei dimineața; inapetență; scădere în greutate. Terapeutul i-a cerut pacientei părerea în legătură cu cauzele depresiei sale și, pornind de la afirmațiile acesteia, i-a explicat modelul cognitiv al tulburării afective (după Padesky și Greenberg, cit. Tarner; Wells și Gillian Haddock, 1998, p. 89).



Terapeutul a accentuat rolul celor patru componente (cogniție, emoție, comportament și nivelul biologic) în apariția tulburării depresive, precum și interacțiunile dintre aceste planuri și evenimente trecute și prezente din mediul înconjurător. În continuare, terapeutul a explicat faptul că o schimbare cât de mică, realizată într-unul dintre planuri, va antrena modificări și la nivelul celorlalte structuri. Asemenea explicații au fost utilizate pentru a o motiva pe Alexandra să se angajeze în demersul identificării și modificării gândurilor negative disfuncționale, acestea urmând să ducă, la rândul lor, la modificarea comportamentului, stărilor afective, precum și a reacțiilor în plan fiziologic.

Pentru a realiza o oarecare ordine în amalgamul de probleme, pe care pacienta le considera un haos, terapeutul a ajutat-o să le împartă în trei mari categorii: probleme intrapersonale, interpersonale și probleme legate de funcționarea în viața cotidiană.

Probleme intrapersonale:

- se simte inferioară și crede că nu este agreată de ceilalți;

- devine tot mai deprimată pentru că este deprimată;
- ruminează gânduri negative legate de situația actuală și de pierderea mamei.

Probleme interpersonale:

- dificultăți în căsnicie: resentimentele soțului pentru că a trebuit să-și părăsească serviciul și prietenii; faptul că familia trebuie să ducă povara depresiei pacientei; teama că soțul o va părăsi, și ea nu se va putea descurca singură.

Probleme legate de funcționarea în viața curentă:

- se simte depășită de sarcinile simple din gospodărie;
- lipsa oricărei satisfacții legate de vreo activitate;
- oboseală, lipsă de energie, tulburări de somn;
- tendința de a evada: evitarea contactelor sociale; petrece foarte mult timp în pat;
- consum abuziv de tranchilizante (diazepam).

În afara problemelor identificate împreună cu pacienta, terapeutul a mai evidențiat și altele, de natură interpersonală:

- dificultatea de a-și crește și educa copiii; iritare legată de faptul că fiica și-a asumat rolul de mamă și gospodină; „teama că este o mamă rea".
- izolare socială: dificultatea de a restabili vechile contacte; teama de a iniția noi contacte cu alți oameni din vecinătate (include și teama că soțul își va găsi o altă parteneră).

Interviul a evidențiat și rădăcinile convingerilor negative referitoare la respingere: pacienta avea amintiri foarte vii din copilărie, când bunicul și mama sa, amândoi depresivi, au interacționat cu ea într-un mod pe care pacienta l-a interpretat ca fiind rejectare. De asemenea, pacienta își amintea faptul că mama sa manifesta o anumită preferință pentru fratele ei mai mic, situație care s-ar fi putut afla la originea sentimentelor de inferioritate și neadecvare. Mai mult, atunci când fratele mai mic se simțea rău, mama o oprea pe Alexandra să meargă la școală pentru a avea grijă de el.

Timiditatea și absențele frecvente de la școală au împiedicat-o pe pacientă să-și facă prieteni. Mama, depresivă și iritabilă, o pedepsea adesea pe Alexandra pentru că era prea „gălăgioasă și prost crescută". Acest lucru a generat gândul pacientei că boala mamei era produsă de comportamentul ei neadecvat, de unde convingerile negative: „Faptul că eu nu sunt perfectă le va dăuna celorlalți", „Valoarea mea personală depinde de opinia celorlalți". Aceste con-

vingeri negative au fost abordate într-o fază mai avansată a psihoterapiei.

Anamneza a mai evidențiat și faptul că familia Alexandrei manifesta neînțelegere față de medici și medicină. (Pacienta a povestit printre altele și faptul că decesul mamei sale s-ar fi datorat întârzierii medicului de la salvare.) Aceste elemente, precum și ineficiența tratamentului psihiatric au contribuit la apariția și consolidarea unei atitudini de respingere a oricărui program terapeutic propus pacientei. În această etapă, pacienta și-a însușit o tehnică simplă de relaxare (exercițiile de greutate din cadrul antrenamentului autogen al lui Schultz).

Ședințele 4–5

Psihoterapeutul a decis să abordeze mai întâi problema ambivalenței pacientei în raport cu terapia și a realizat acest lucru într-o manieră ceva mai directivă. Deși problemele care o tulburau cel mai mult pe Alexandra erau dificultățile sale din viața de familie, terapeutul a considerat că acestea erau prea mari, pacienta neavând suficientă energie și abilități pentru a se confrunta cu ele. Un eșec în acest domeniu ar fi condus cu siguranță la abandonarea demersului terapeutic.

Sarcinile terapeutice trasate la început au fost foarte simple:

1. Examinarea împreună cu psihoterapeutul a gândurilor negative legate de eficiența psihoterapiei.

2. Stabilirea contactului cu un coterapeut (o studentă din cadrul programului de masterat) care trebuia să se întâlnească cu pacienta în cursul următoarelor trei zile, să stea de vorbă și să o ajute să-și planifice și să-și monitorizeze activitățile zilnice. S-a recurs la acest demers pentru realizarea unor modificări pozitive în sfera comportamentală.

Singurele gânduri negative automate identificate în această etapă au fost cele legate de atitudinile pacientei față de psihoterapie. Alexandra credea în proporție de 100% că terapia cognitiv-comportamentală nu va da rezultate în cazul său. I s-a cerut pacientei să analizeze asemănările și deosebirile dintre acest tip de terapie și celelalte tratamente urmate care nu au dat niciun rezultat și i s-a trasat ca sarcină să discute cu personalul medical și cu ceilalți pacienți despre programul de psihoterapie și efectele acestuia.

Trebuie subliniat faptul că, în cazul pacienților cu depresie cronică, psihoterapeutul trebuie să le creeze acestora expectații realiste în

legătură cu rezultatele psihoterapiei, fără a le promite că își vor rezolva integral problemele.

În cursul următoarei ședințe a fost reluată discuția referitoare la atitudinea pacientei față de terapie. Alexandra a menționat faptul că a stat de vorbă cu persoanele indicate (personalul medical și pacienți), ea afirmând acum că este convinsă în proporție de 80% de eficiența terapiei în cazul său. Fiecare ședință de psihoterapie s-a încheiat cu o scurtă relaxare.

Ședințele 6–9

Primele demersuri terapeutice din cadrul acestor ședințe au avut ca obiectiv rezolvarea unor sarcini simple, legate în special de igiena personală. Asistentul terapeut (studenta la masterat) a realizat împreună cu Alexandra un program în cadrul căruia aceasta urma să se ocupe de aspectul său fizic. După cea de-a șaptea ședință, Alexandra a început să execute acțiunile de autoîngrijire într-un timp mai scurt, afirmând că se simte mai bine.

Un alt obiectiv terapeutic al acestor ședințe l-a constituit tendința pacientei de a evada din realitate. Au fost monitorizate riguros perioadele din zi când pacienta avea tendința de a se retrage în camera ei și de a sta în pat. Alexandra a acceptat să-și reducă perioadele de stat în pat și să discute mai mult despre dificultățile sale. Terapeutul a menținut aceste discuții în limitele structurii terapiei cognitiv-comportamentale, ferindu-se să cadă în capcana de a încerca să rezolve problemele complexe pe care le avea pacienta în familie.

Alexandrei i-au fost acordate câte 10 minute de discuții cu asistentul terapeut pentru fiecare reducere a duratei de ședere în pat. În felul acesta, ea s-a simțit ascultată și înțeleasă, ceea ce a ajutat-o să reducă timpul petrecut în izolare. Din observațiile studenților de la masterat a rezultat faptul că pacienta avea tendința să se retragă mai ales în situațiile în care ar fi putut fi evaluată, respinsă sau cărora presupunea că nu le-ar putea face față. Terapeutul a abordat gândurile negative automate care apăreau în aceste împrejurări. Începând cu ședința a opta a fost indusă hipnoza prin intermediul tehnicii fixării privirii.

Ședințele 10–12

Dificultățile pacientei de a-și ocupa timpul liber au fost în mare parte depășite prin realizarea unor programe riguroase. Alexandrei i s-a cerut să-și monitorizeze activitățile după criteriul nivel de măies-

trie și plăcere. Pacienta a afirmat că nu găsește plăcere în nicio activitate. Terapeutul i-a cerut apoi să inventarieze activitățile cele mai puțin dezagreabile, acestea fiind incluse în programul zilnic. În continuare, pacienta a fost solicitată să evalueze activitățile cele mai agreabile dintre cele mai puțin dezagreabile și s-a insistat asupra acestora, ele ocupând un loc central în cadrul orarului stabilit împreună cu terapeutul.

A fost abordată apoi problema dependenței de diazepam. Alexandra a relatat faptul că se simțea în mod frecvent supraîncordată și anxioasă, astfel că medicul de familie i-a recomandat să ia diazepam (până la 4 tablete/zi). Deoarece ea nu a reușit să-și controleze stările, a apărut tendința de a mări consumul de tranchilizante.

Terapeutul a definit inițial acest comportament în termeni pozitivi, ca fiind o încercare de a ține situația sub control, dar că acum a sosit momentul să aplice o nouă strategie de a face față problemelor sale. Alexandra a fost de acord că utilizarea diazepamului era contraproductivă, mai ales că ajunsese la dependență, ceea ce conducea la necesitatea creșterii dozelor pentru obținerea acelorași efecte. Mai mult, acest comportament nu-i permitea să conștientizeze sursele anxietății și tensiunilor sale.

În acest moment al psihoterapiei, Alexandra s-a arătat rezervată în ceea ce privește abordarea problematicii relațiilor cu mama sa, în schimb, a fost de acord să se angajeze într-un program de renunțare la utilizarea de substanțe tranchilizante. În cursul ședințelor următoare ea a acceptat să discute cu studenta posibilitatea elaborării unor strategii mai sănătoase de a face față problemelor vieții și să identifice, împreună cu psihoterapeutul, gândurile negative automate legate de pierderea mamei sale. După patru săptămâni de psihoterapie, Alexandra a afirmat că a obținut unele progrese mai ales datorită faptului că se simțea înțeleasă de către ceilalți, nefiind forțată să accepte un plan de tratament impus de psihoterapeut.

Însușirea unor strategii de a face față unor probleme legate mai ales de diverse aspecte ale vieții cotidiene a avut un anumit impact asupra depresiei secundare, pacienta încetând să mai fie deprimată pentru că este deprimată. Mai mult, relația terapeutică pozitivă a fost utilizată pentru sublinierea ideii că pacienta este o persoană care merită să fie iubită. În acest punct al terapiei s-a decis ca pacienta să vină la cabinet de două ori pe săptămână, accentul deplasându-se dinspre tehnicile comportamentale către cele cognitive.

Ședințele 13-16

Explorarea gândurilor negative legate de decesul mamei sale au ajutat-o pe Alexandra să conștientizeze faptul că nu ea era responsabilă pentru acest lucru, ceea ce a contribuit simțitor la ameliorarea dispoziției pacientei și a deschis posibilitatea accesului la anumite probleme legate de viața de familie.

Alexandra și psihoterapeutul au căzut de acord că schimbarea localității de domiciliu a condus la apariția unor tensiuni în cadrul cuplului, dar și asupra faptului că aceste tensiuni, precum și preluarea controlului în familie de către fiica cea mare au accentuat gândurile legate de imaginea de sine negativă a pacientei. Următoarele patru ședințe de psihoterapie au fost dedicate abordării acestor aspecte. Terapeutul a decis ca problemele interpersonale să fie abordate abia după ce Alexandra se va simți mai sigură pe sine.

Terapeutul a utilizat tehnica reatribuirii pentru a modifica sentimentul excesiv al responsabilității pe care îl nutrea Alexandra în legătură cu mutarea în alt oraș. Pacienta a conștientizat faptul că, deși ea a avut inițiativa mutării, și soțului său îi revenea, la rândul său, o anumită responsabilitate în legătură cu aceasta (ea și-a amintit că la început soțul a fost încântat de mutare, de noul serviciu și de prietenii pe care și i-a făcut). A fost examinată și convingerea negativă a pacientei că este o mamă ineficientă, comparându-se comportamentul ei în familie înainte și după ce a devenit deprimată.

Ședințele 17-24

În cursul acestor ședințe a fost continuat demersul de modificare a deprinderilor de viață, precum și cel de întărire a eului și a modificării imaginii de sine. Gândurile raționale alternative s-au transformat în sugestii hipnotice și posthipnotice. De asemenea, s-au administrat sugestii de întărire a eului, iar imaginea de sine pozitivă a fost antrenată în plan imaginar, în relaxare și hipnoză. S-au abordat acum și probleme legate de relațiile pacientei cu soțul și copiii, precum și de absența unor relații apropiate cu alte persoane.

Terapeutul a introdus câteva întâlniri între pacientă și membrii familiei, în care părțile implicate și-au prezentat deschis opiniile. Acest lucru a făcut ca Alexandra să simtă că deține un mai mare control asupra situației și i-a determinat, în același timp, pe membrii familiei să remarce faptul că pacienta a obținut unele progrese.

Terapeutul i-a ajutat pe cei implicați să identifice, să analizeze gândurile negative și să genereze gânduri alternative legate de interrelațiile din cadrul familiei, el acționând în calitate de negociator între Alexandra și membrii familiei. Negocierile au vizat mai ales locul ocupat de pacientă în cadrul sistemului familial.

Ședințele dedicate psihoterapiei de familie au evidențiat anxietățile membrilor familiei legate de faptul că ameliorările obținute de pacientă ar putea fi de scurtă durată. Deși soțul și fiica cea mare au manifestat rezistență, terapeutul le-a trasat ca sarcină pentru acasă să-i atribuie progresiv Alexandrei mai multe responsabilități în gospodărie și să noteze modul în care aceasta le îndeplinește. Aceste sarcini au fost duse la bun sfârșit și au contribuit la creșterea încrederii pacientei că va face față obligațiilor cotidiene.

Următoarele ședințe de psihoterapie de familie au fost dedicate relațiilor interpersonale și analizei gândurilor negative legate de acestea. Soțul Alexandrei a dat asigurări că nu-și va părăsi soția. S-au analizat aspectele pozitive și cele negative din cadrul cuplului și s-au stabilit sarcini comportamentale pentru remedierea neajunsurilor (soții au fost îndemnați să ia masa împreună, să discute, să iasă la plimbare împreună etc.). S-a lucrat și asupra relației dintre mamă și copii, mai ales dintre mamă și fiică, întărindu-se aspectele pozitive și căutându-se rezolvări pentru cele negative.

Una dintre problemele care s-au ivit a fost aceea că amândoi copiii nu se puteau sfătui cu mama lor deoarece aceasta părea distantă și preocupată de ea însăși, iar ei n-ar fi vrut să-i agraveze starea. Terapeutul a recomandat ca Alexandra să stea de vorbă în weekend cu fiecare copil în parte și să monitorizeze activitățile desfășurate în comun. În continuare a fost abordată și problema izolării sociale, terapeutul trasându-i Alexandrei o primă sarcină referitoare la reluarea corespondenței cu prietena sa, cu care nu mai comunicase de mult timp, și fixarea unei întâlniri cu aceasta. Experimentele legate de boală și spitalizare i-au activat vechile anxietăți și nesiguranța în relațiile cu ceilalți, trăiri constituite în urma absențelor prelungite de la școală. Acest element a stat la baza analizei convingerilor negative cu privire la respectivul sector al existenței sale.

Ședințele 25–28

În această etapă au fost reduse ședințele de terapie la una pe săptămână, dar cu păstrarea contactului telefonic cu psihoterapeutul.

Alexandra a început să identifice gânduri negative automate referitoare la teama că psihoterapia se va încheia și ea nu va fi în stare să facă față singură problemelor existențiale. Aceste gânduri au fost analizate și modificate. Terapeutul a elaborat împreună cu pacienta un plan pentru viitor, plan ce include următoarele aspecte:

- monitorizarea și evaluarea activităților zilnice;
- realizarea unor activități agreabile (sau măcar mai puțin neplăcute);
- identificarea, notarea, adresarea de provocări și înlocuirea gândurilor negative automate care apar pe parcurs;
- realizarea unor activități sociale (i s-a propus să frecventeze serviciul religios și să meargă o dată pe săptămână la un curs de „ikebana");
- terapeutul a discutat cu pacienta în legătură cu posibilitatea unor recăderi ce pot apărea mai ales în cazul în care ar acționa noi situații psihotraumatizante, instruind-o să le abordeze în termenii terapiei cognitiv-comportamentale;
- învățarea unei tehnici de antrenament mental în stare de relaxare în cadrul căreia pacienta trebuia să se vizualizeze pe sine făcând față cu bine diverselor situații, concomitent cu administrarea unor autosugestii pozitive de întărire a ego-ului;
- pacientei i s-a oferit posibilitatea să contacteze telefonic terapeutul ori de câte ori simțea nevoia s-o facă și a fost invitată la control o dată pe lună.

Medicația psihiatrică a fost redusă treptat până la o doză foarte mică, de întreținere. După aproximativ patru luni de psihoterapie, pacienta (profesoară de limba engleză) a fost capabilă să predea câteva ore la școala din apropierea casei. Esența psihoterapiei cognitiv-comportamentale a constat în abordarea stimei de sine scăzute, a convingerilor negative cu caracter disfuncțional.

BCU IASI

XI
Detectarea precoce și terapia cognitiv-comportamentală la pacienții cu risc psihotic

Intervalul de timp dintre apariția primelor simptome psihotice și diagnosticarea psihozei și instituirea tratamentului poartă denumirea de „durată a psihozei netratate" (DUP) — French și Morrison (2004). Durata medie a psihozei netratate este de aproximativ un an (Barnes et al., 2000; Beiser et al., 1993; Hafher et al., 1996).

De asemenea, o serie de studii au evidențiat faptul că, cu cât durata psihozei netratate este mai mare, cu atât prognosticul este mai rezervat (Crow et al.; 1986; Loebel et al, 1992) și răspunsul la tratament mai slab (Norman și Malla, 2001). Concluzia care rezultă în urma acestor cercetări este că reducerea duratei psihozei netratate este în avantajul pacientului, familiei și echipei medicale.

Indiferent de criteriile pe care le avem în vedere, diagnosticarea precoce a unei psihoze este dificilă deoarece pacienții evită să se prezinte la medic cel puțin din două motive (Moller și Husby, 2000):

- reținerea de a vorbi despre simptome de teama consecințelor;
- implicarea emoțională în simptomatologie (pacientul „vorbește cu vocile", luptă împotriva lor etc.).

În cazul în care tratamentul nu se instituie imediat, boala progresează și se ajunge până la urmă la o situație de criză care presupune internarea de urgență, forțată și deosebit de traumatizantă pentru pacient, familie și prieteni. Nu de puține ori o astfel de internare conduce la o tulburare posttraumatică de stres secundară afecțiunii psihiatrice de bază (Frame și Morrison, 2001; Mc Gorry et al., 1991).

Perioada în care are loc cel mai frecvent debutul unei afecțiuni psihotice se situează între al doilea și al treilea deceniu de viață, când

persoana își desăvârșește educația, își planifică o carieră și își pune problema întemeierii unei familii, fapt ce are un puternic impact negativ asupra evoluției vieții persoanei.

Demersul terapeutic realizat asupra unui pacient diagnosticat cu psihoză este îndreptat în principal în direcția reintegrării sociale a acestuia (revenirea în familie, reluarea activității sau studiilor). În ceea ce privește grupul de risc la care nu au debutat încă simptomele psihotice majore, inserția socială a subiectului este încă în mare măsură intactă, deși contactele interpersonale sunt pe cale să se rupă. Din acest motiv, individul și familia sunt puternic motivați ca acest lucru să nu se întâmple, fiind mai complianți la terapie, care este mai ușor de instituit decât în cazul unei persoane care a pierdut contactele sociale și, odată cu acestea, încrederea în sine și autostima.

În perioada debutului psihozei, persoana are tendința de a se izola de ceilalți, anxietatea socială însoțind frecvent acest debut. La rândul său, izolarea conduce la depresie și mărește riscul suicidar. O altă problemă care se pune este aceea a manierei în care subiecții fac față simptomelor psihotice, mulți dintre aceștia recurgând la consumul de alcool sau droguri ca modalitate de a se elibera de stresul provocat de simptomatologia respectivă.

Din nefericire, mulți medici psihiatri consideră că substanțele de abuz reprezintă cauza instalării simptomelor psihotice, abordând prioritar aceste probleme. Desigur, consumul de alcool și droguri poate conduce la simptome psihotice, dar nu trebuie ignorate cazurile, destul de numeroase, în care pacienții psihotici recurg la consumul de substanțe de abuz în încercarea de automedicație (French și Morrison, 2004). Toți acești factori întârzie diagnosticarea corectă și instituirea precoce a tratamentului, fapt ce îngreunează terapia sub aspectul eficienței și costurilor.

În Marea Britanie se conturează tot mai mult tendința de abordare precoce a pacienților psihotici, pentru a reduce necesitatea spitalizării și tratamentului coercitiv (Gleeson, Larsen și Mc Gorry, 2003; Larsen, Bechdolf și Birchwood, 2003).

French și Morrison (2004) sunt de părere că durata afecțiunii netratate (Duration of Untreated Illness – DUI) cuprinde perioada prodromală, anterioară debutului psihozei și perioada psihozei netratate (Duration of Untreated Psychosis – DUP) și se întinde, în medie, până la doi ani. Aceasta înseamnă că se înregistrează o perioadă de

cel puțin un an când individul apelează în mod activ, de cele mai multe ori fără succes, la diverse forme de ajutor psihiatric sau psihologic (Johnstone et al., 1986). În ultimii ani au fost realizate o serie de studii având drept scop depistarea precoce a subiecților cu risc crescut de a declanșa o tulburare psihotică (Klosterklotter et al., 2001; Miller și Mc Glashan, 2000; Morrison et al., 2002). A fost introdus astfel și conceptul de „perioadă critică" pentru depistarea bolii și instituirea cât mai rapidă a tratamentului (Birchwood, Todd și Jackson, 1998).

Beneficiile potențiale ale instituirii tratamentului precoce în afecțiunile psihotice sunt următoarele:

- ameliorarea mai rapidă (Birchwood și Macmillan, 1993);
- remisiune rapidă și completă (Loebel et al., 1992);
- atitudine favorabilă față de tratament și o încărcătură mai redusă de stres asupra familiei (Stirling et al., 1991);
- o rezistență mai redusă la tratament (French și Morrison, 2004).
- identificarea grupurilor de subiecți cu risc psihotic, (French și Morrison, 2004).

Instrumentele cel mai frecvent utilizate în acest scop sunt:

– Interviul Comprehensiv de Evaluare a Riscului în domeniul Sănătății Mentale (Comprehensive Assessment of Risk at Mental States-CAARMS, Yung et al., 2000), Australia;

– Scala Bonn pentru Evaluarea Simptomelor de Bază (Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms, BSABS; Klosterköltter et al., 2001) – Germania;

– Interviul Structurat pentru Simptome Prodromale; Scala Simptomelor Prodromale; (Structured Interview of Prodromal Symptoms; Scale of Prodromal Symptoms; SIPS/SOPS; Miller et al., 1999) - S.U.A.;

– Scala Prescurtată de Evaluare Psihiatrică (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS; Overall și Gooham, 1962).

– Scala Sindroamelor Pozitive și Negative (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS; Kay, Fiszbein și Opler, 1987).

Prezentăm în pagina următoare tabelul simptomelor de identificare a subiecților cu risc psihotic crescut după PANSS (adaptat de French și Morrison, 2004; după Launer și Mac Kean, 2000).

Prezentăm, de asemenea, un ghid de identificare a unui posibil episod psihotic (adaptat de French și Morrison, 2004, p. 18, după Launer și MacKean, 2000).

Tabelul simptomelor de identificare

Factorii de risc	
Simptome atenuate (Evaluare PANSS) • 2–3 halucinaţii sau • 3 sau mai multe idei delirante sau • 3–4 idei cu conţinut interpretativ sau • 3–4 situaţii de dezorganizare a gândirii Simptomele apar de câteva ori pe săptămână, iar modificările în starea psihică durează de cel puţin o săptămână.	Simptome evidente • 4 sau mai multe halucinaţii sau • 4 sau mai multe idei delirante sau • 5 sau mai multe idei cu conţinut interpretativ. Simptomele trebuie să fie prezente timp de cel puţin o săptămână înainte de a se remite spontan.
Trăsături de risc	
Pacienţi cu rude de gradul întâi diagnosticate cu psihoză.	Pacienţi care întrunesc criteriile tulburării de personalitate schizotipale după DSM IV.

Ghid de identificare a unui posibil episod psihotic
(French şi Morrison, 2004;
adaptat după Launer şi MacKean, 2000)
(adaptat de noi, Holdevici, 2004)

Lista problemelor şi simptomelor psihotice:

Se acordă **câte un punct** pentru fiecare problemă:
– Familia este îngrijorată;
– Exces de alcool;
– Consum de droguri;
– Certuri cu familia şi prietenii;
– Petrece mult timp singur.
– Dificultăţi de somn;
– Apetit scăzut;
– Dispoziţie depresivă;
– Dificultăţi de concentrare;
– Neliniște;
– Tensiune şi iritare;
– Pierderea sentimentului plăcerii.

Câte două puncte:
– Sentimentul că este supravegheat; [1]*
– Simte, vede, aude lucruri pe care alții nu le percep. *

Câte trei puncte:
– Idei de influență exterioară (este teleghidat, se acționează asupra lui prin vrăji, telepatie etc.); *
– Convingeri ciudate; *
– Ciudățenii în gândire și exprimare;
– Trăiri afective neadecvate;
– Comportament ciudat și/sau neadecvat;
– Rude de gradul I suferă de psihoză.

Câte cinci puncte:
Dacă subiectul întrunește peste 20 de puncte, se recomandă o evaluare suplimentară.

Odată depistată psihoza, se pune problema intervenției terapeutice. Nu există încă suficiente date de cercetare care să susțină necesitatea intervenției psihiatrice precoce la acești pacienți. Unii autori sunt de părere că intervenția cea mai potrivită este cea cu neuroleptice, în timp ce alții consideră că efectele secundare nocive le depășesc pe cele pozitive (Bentall și Morrison, 2002). Astfel de efecte secundare, cum ar fi creșterea în greutate și disfuncțiile sexuale, pot conduce la reducerea autostimei subiecților, ținând seama de vârsta tânără a pacienților cărora li se prescrie această medicație. La aceasta se adaugă posibilitatea apariției sindromului neuroleptic malign, cu consecințe foarte grave. Efectele secundare ale tratamentului odată resimțite de pacienți pot contribui la respingerea tratamentului în viitor.

French și Morrison (2004) sunt de părere că tratamentul medicamentos la subiecții cu risc crescut de psihoză nu se justifică într-o primă etapă a intervenției, ținând seama și de faptul că o mare parte dintre acești tineri nici nu vor dezvolta o afecțiune psihotică. La rândul lor, McGorry et al. (2002) consideră că intervenția cognitiv-comportamentală fără tratament psihiatric dă cele mai bune rezultate.

Există o serie de argumente în favoarea considerării psihoterapiei cognitive drept cea mai eficientă strategie în cazul subiecților cu risc psihotic crescut:

---

1 * Subiectul va fi investigat suplimentar, chiar dacă nu întrunește 20 de puncte, în cazul în care primește scor la itemii notați suplimentar.

– În primul rând, mecanismele psihologice abordate în cazul acestui demers terapeutic — metacogniţiile şi schemele cognitive de bază — joacă un rol important în declanşarea psihozei (Morrison et al., 2002).

– În al doilea rând, monitorizarea cognitiv-comportamentală a simptomelor prodromale poate facilita intervenţia precoce, prevenirea recăderilor şi ameliorarea stării pacienţilor (Birchwood et al., 1989).

– De asemenea, studiile clinice au evidenţiat eficienţa tehnicilor psihoterapeutice cognitiv-comportamentale chiar şi în ameliorarea stării unor pacienţi cu tulburări psihotice acute şi cronice diagnosticate ca atare (Drury et. al., 1996; Knipers et al., 1997; Sensky et al., 2000; Tarrier et al., 1998). Este evident faptul că, dacă aceste strategii s-au dovedit eficiente la subiecţi cu simptome puternice, ele vor fi cu atât mai utile pentru persoane cu simptome atenuate.

– Un alt argument în favoarea utilizării terapiei cognitiv-comportamentale la subiecţi cu risc psihotic îl reprezintă tulburările de dispoziţie ale acestora, cunoscut fiind faptul că tehnicile cognitiv-comportamentale s-au dovedit foarte eficiente în tratamentul anxietăţii şi depresiei (Clark, 1999; Hollon et al., 1996).

– Psihoterapia cognitiv-comportamentală prezintă şi avantajul că se evită stigmatizarea pacienţilor care urmează un tratament psihiatric serios.

French şi Morrison sunt de părere că pentru pacienţii cu risc psihotic este utilă intervenţia psihoterapeutică individuală, bazată pe principiile postulate de Beck (1976). Aceasta trebuie să îndeplinească următoarele criterii:

- să se bazeze pe modelul cognitiv al tulburării abordate;
- să pornească de la formularea cât mai exactă a problemelor;
- să reprezinte un demers structurat;
- obiectivele şi problemele să fie formulate de comun acord între terapeut şi pacient;
- să aibă un caracter educaţional, astfel încât pacientul să înţeleagă modul în care acţionează demersul terapeutic;
- să utilizeze metoda descoperirii dirijate ca instrument al schimbării;
- să implice sarcini pentru acasă;
- să fie limitată în timp.

Angajamentul pentru psihoterapie

Angajarea pacientului în terapie reprezintă un element-cheie pentru succesul acesteia. Există grupuri de subiecți care se angajează mai ușor decât altele să urmeze psihoterapia. French și Morrison (2004) sunt de părere că grupul de subiecți cu risc psihotic crescut este în căutare de ajutor pentru diverse probleme care nu au neapărat legătură cu afecțiunea psihotică, fapt ce îi motivează pentru a participa la o formă de terapie.

O abordare centrată pe problemă și o relație terapeutică apropiată, bazată pe încredere reciprocă vor facilita și mai mult angajarea subiectului în psihoterapie. Acest angajament timpuriu poate avea efecte benefice și asupra acelor pacienți care vor dezvolta psihoză, pentru că aceștia vor colabora mai bine cu echipa medicală, evitându-se astfel tratamentul obligatoriu și internarea coercitivă.

Cu toate acestea, există anumite aspecte care trebuie avute în vedere în lucrul cu acești pacienți. Astfel, unii dintre pacienți pot fi nervoși, nu doresc să discute cu nimeni și evident prezintă simptome psihotice, chiar subclinice, care perturbă comunicarea. Terapeutul va trebui să-i explice cu răbdare pacientului că este vorba de o intervenție psihologică obișnuită, al cărei scop este rezolvarea problemelor care îl frământă. Este deosebit de util să fie furnizate feedbackuri referitoare la cele discutate și mai ales să se țină seama de punctul de vedere al pacientului, lăsându-i-se acestuia impresia că este ascultat și înțeles.

French și Morrison (2004, p. 38) furnizează câteva recomandări pentru terapeuții care vor lucra cu această categorie de pacienți:

Încercați să identificați orice element comun terapeutului și pacientului; acest lucru pare să fie deosebit de dificil ținând seama de diferențele de vârstă și stil de viață dintre cei doi. Cu toate acestea, orice preocupare comună, oricât de neînsemnată, poate servi drept punte de legătură pentru formarea alianței terapeutice. Terapeutul nu trebuie să piardă prea mult timp cu identificarea acestor elemente comune și nici să le inventeze în mod artificial în cazul în care ele nu există.

– Se recomandă utilizarea unui limbaj uzual, evitându-se cel argotic sau excesul de termeni tehnici.

– Se explică atent orice element legat de demersul terapeutic, inclusiv aspectele practice (loc, număr de ședințe, criterii de evaluare etc.).

– Informațiile vor fi culese gradat, fără a forța pacientul să discute despre probleme considerate dificile.

– Terapeutul trebuie să dea dovadă de flexibilitate și să fie de un real ajutor pacientului, fără a se cantona rigid în aplicarea unor strategii precise. Orice oportunitate trebuie speculată în avantajul psihoterapiei, pentru că orice mic succes are un efect motivator asupra pacientului.

– Este necesar să se acorde o atenție sporită primelor simptome psihotice, mai ales temerilor legate de posibila pierdere a controlului, de gândul că „va înnebuni", temeri care vor avea un impact considerabil asupra modului în care pacientul privește psihoterapia și mai ales contactele cu serviciile de sănătate mintală.

– Terapeutul trebuie să conștientizeze reacțiile posibile la simptomele psihotice, precum și la influența acestora asupra problemelor curente, asupra personalității pacientului, precum și asupra deprinderilor sale de a face față cerințelor vieții.

– În cadrul demersului terapeutic se va ține seama de particularitățile și experiența socioculturală a pacientului. Astfel, o dificultate sporită apare pentru terapeut atunci când simptomele psihotice sunt cultural sintonice (de pildă credința în farmece, vrăji etc.).

– Terapeutul trebuie să ia în considerare și atitudinea pacientului față de serviciile de sănătate mintală, atitudine rezultată în urma unor posibile contacte anterioare.

Studiu de caz

Alexandru, student la matematică în anul II, în vârstă de 20 de ani, a fost trimis la psihoterapeut pentru depresie, atacuri de panică și teama puternică legată de ideea că „va înnebuni". Bunica paternă a pacientului suferea de schizofrenie și și-a petrecut mulți ani în familia acestuia, comportamentul ei bizar fiind cauza multor conflicte.

În cursul primei întâlniri cu psihoterapeutul, Alexandru a spus că se simte rău și a cerut un pahar cu apă. Terapeutul a părăsit cabinetul pentru a-i aduce apa și la întoarcere l-a găsit pe pacient și mai anxios decât înainte.

La o analiză mai atentă a rezultat faptul că lui Alexandru i-a trecut prin minte gândul că terapeutul se va întoarce însoțit de o echipă care îl va interna cu forța într-o clinică de psihiatrie. Pacientul s-a gândit chiar să fugă din cabinet înainte de a i se întâmpla acel „lucru îngrozitor". Pornind de la acest episod, terapeutul a construit modelul cognitiv care oferea o explicație alternativă a celor întâmplate, explicație care urma să conducă la alte stări afective și reacții comportamentale.

BCU IAȘI CENTRU UNIVERSITAR

Interpretarea inițială a lui Alexandru avea sens în contextul experiențelor anterioare pe care acesta le-a trăit cu bunica sa. Dialogul terapeutic a îmbrăcat următoarea formă:
Terapeutul: Ți-am adus paharul cu apă. Pari speriat, ce s-a întâmplat?
Alexandru: Nimic, m-am simțit puțin stresat când ați lipsit. Asta e tot.
T: Poți să-mi spui ce ți-a trecut prin minte atunci când te-ai simțit anxios?
A: A, nimic. Acum mi se pare stupid.
T: Poate să ți se pară stupid acum, dar păreai realmente îngrijorat atunci când m-am întors. Ar fi util să știu ce s-a întâmplat și ce ți-a trecut prin minte atunci când te-ai speriat.
A: Ei bine, am crezut că o să vă întoarceți însoțit de mai multe persoane și că mă veți interna cu forța la psihiatrie. Atunci m-am speriat foarte tare.
T: Dacă aș fi văzut așa ceva sau mi s-ar fi întâmplat mie și eu m-aș fi speriat. Ce-ar fi dacă am analiza puțin cele petrecute.
A: De acord.

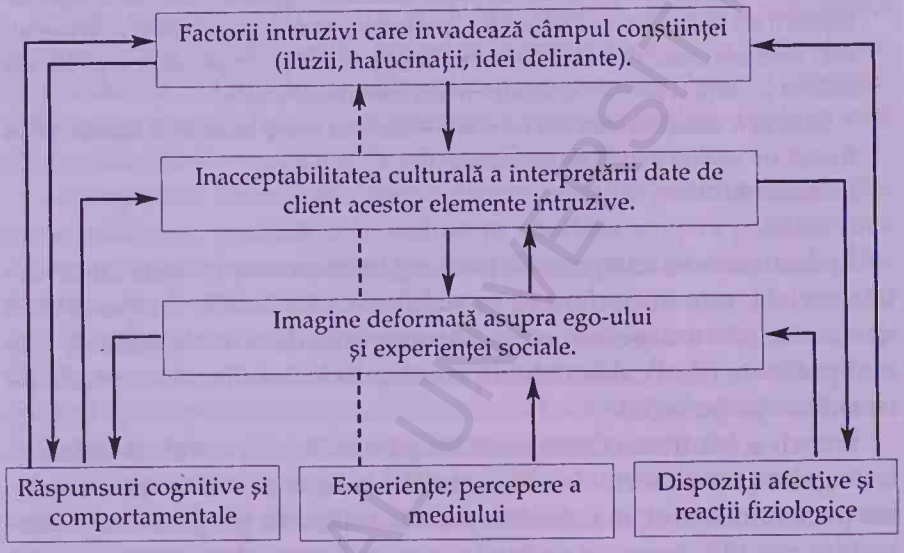
În cazul acestei categorii de pacienți, adesea suspicioși și cu anxietate socială, este important să se stabilească întâlnirile terapeutice în spații care să nu sugereze ideea că este vorba de o boală psihică, cele mai potrivite fiind cabinetele de medicină de familie sau centrele de consiliere psihologică.

French și Morrison (2004) sunt de părere că terapeutul va trebui să se angajeze într-o serie de alte activități menite să mărească încrederea pacientului în el, înainte de a trece la utilizarea propriu-zisă a strategiilor cognitiv-comportamentale, cum ar fi sprijinirea acestuia în activitatea școlară, casnică sau consilierea pentru găsirea unui loc de muncă. Autorii menționați subliniază faptul că este puțin probabil ca o persoană fără locuință să poată să îndeplinească temele pentru acasă, specifice terapiei cognitiv-comportamentale. O strategie utilă de atragere la colaborare ar fi și aceea de a utiliza foștii pacienți pentru a da referințe despre terapeut.

Modelul cognitiv al tulburării psihotice

Pacienții cu risc ridicat de a dezvolta o tulburare psihotică nu prezintă încă simptome psihiatrice bine structurate. Cu toate acestea, principul de bază al terapiei cognitiv-comportamentale constă în

elaborarea unui model cognitiv care să explice modalitatea de apariţie şi menţinere a simptomelor, model pe baza căruia trebuie să se structureze demersul terapeutic. Prezentăm în continuare *modelul cognitiv al tulburării psihotice incipiente*, adaptat după Morrison (2001).



Acest model este focalizat pe interpretarea unor elemente care pătrund în mod intruziv în câmpul conştiinţei subiectului, precum şi pe neacceptarea culturală a acestor interpretări. Convingerile disfuncţionale declarative reprezintă, aşa cum am mai subliniat, afirmaţii legate de propria persoană, ceilalţi şi lume în general, şi îmbracă forma: „eu sunt o persoană rea", „ceilalţi sunt periculoşi" etc., în timp ce convingerile procedurale sunt reguli de selecţie şi procesare a informaţiilor, ca de pildă „dacă eşti suspicios, eviţi ca toţi ceilalţi să te lovească".

Debutul unei afecţiuni psihotice pare să fie legat de incapacitatea subiectului de a genera explicaţii alternative, socialmente acceptabile pentru anumite evenimente de natură externă sau internă şi poate avea drept posibilă cauză lipsa de încredere în ceilalţi sau lipsa unor relaţii sociale suportive care ar putea conduce la normalizarea unor astfel de interpretări (French et al., 2001).

Absența acestor suporturi sociale conduce la eșecul demersului de corectare a afirmațiilor referitoare la sine și la ceilalți. Modelul include, de asemenea, răspunsuri cognitive disfuncționale (atenție selectivă asupra unor aspecte negative și strategii disfuncționale de autocontrol al gândurilor) și reacții dezadaptative în plan comportamental (comportamente de asigurare și evitare) care contribuie la menținerea stării afective negative, precum și a interpretărilor psihotice.

Strategii de intervenție terapeutică la pacienții cu risc psihotic

Intervenția psihoterapeutică are ca punct de plecare formularea problemei concrete a pacientului pornindu-se de la acest model teoretic.

Evaluarea

Demersul evaluativ urmărește culegerea de informații menite să ajute la evidențierea problemelor pacientului și are un caracter colaborativ. Ca și în cazul altor tulburări psihice, interviul inițial vizează evidențierea dificultăților pacientului în plan cognitiv, comportamental, emoțional, fiziologic și relațional.

Componenta cognitivă cuprinde gândurile și convingerile pacientului (gândurile legate de experiențele psihotice, imaginile trăite, elementele cărora le acordă atenție, mecanismele de procesare a informațiilor, amintirile, modalitățile de a ține sub control gândurile nedorite etc.),

Componenta comportamentală se referă la acțiunile pacientului înainte, în timpul sau după ce a trecut printr-o situație dificilă, acestea putând fi comportamente de asigurare sau evitare a anumitor locuri, situații ori persoane.

Componenta emoțională implică stările afective trăite de subiect înainte, în timpul și după ce a depășit dificultatea, iar cea fiziologică se referă la reacții neurovegetative (de pildă modelele de somn, scăderea sau creșterea ponderală sau alți factori de natură organică).

Componenta relațională se referă la educație, mediu social, familie, prieteni, activitate școlară, profesională etc. Întrebările adresate pacientului sunt de tipul următor:

„Ce ți-a trecut prin minte atunci?"

„Care a fost primul lucru la care te-ai gândit?"

„Ți-a declanșat ceva anume starea emoțională pe care ai trăit-o?"

„Ai avut vreo imagine legată de situația în care te-ai simțit rău?" etc.

Modelul sugerează faptul că elementele care pătrund în mod intruziv în conștiința pacientului sunt interpretate de acesta de asemenea manieră, încât produc o stare afectivă negativă legată de conținutul sau frecvența acestora. Întrebările pentru a accesa metacognițiile sunt:

„Ce înseamnă pentru tine faptul că nutrești acest gând?"

„Crezi că s-ar putea întâmpla ceva dacă ai acest gând?"

„Crezi că este normal să ai astfel de gânduri? Dacă nu, de ce?"

„Ce s-ar întâmpla dacă nu ai putea opri aceste gânduri?"

„Faptul că ai astfel de gânduri spune ceva despre tine?"

„Există avantaje sau dezavantaje de a nutri astfel de gânduri?"

Astfel de întrebări se adresează gândurilor intruzive, gândurilor negative automate, ideilor paranoide sau gândurilor cu conținut agresiv.

Terapeutul va evidenția și factorii ce țin de concentrarea atenției asupra simptomelor psihopatologice, prin întrebări de tipul:

„Atunci când te-ai aflat în situația aceea, de ce anume ai fost conștient?"

„Care a fost primul lucru pe care l-ai observat?"

„Te-ai concentrat în mod special asupra unor gânduri/sentimente, comportamente?"

„Atunci când te-ai simțit speriat (furios, trist etc.), ce anume ai observat?"

„Cum crezi că te privesc ceilalți?"

„După ce ai observat acel lucru, crezi că te-ai mai fi putut concentra asupra altuia?"

Pentru evidențierea comportamentelor de asigurare, menite să prevină consecințele negative presupuse de pacient, se utilizează următoarele întrebări:

„Când ți-a trecut prin minte că se va întâmpla acel lucru negativ, ce ai întreprins pentru a-l preveni?"

„Dacă nu ai fi făcut aceasta, ce crezi că s-ar fi întâmplat?"

„Faci ceva anume pentru a-ți controla gândurile (trăirile)?"

„Întreprinzi vreo acțiune care să te ajute să faci față sau să-ți ascunzi dificultățile?"

Odată identificate aceste modele de comportament, ele pot fi utilizate de terapeut pentru a verifica anumite ipoteze menite să infirme veridicitatea interpretărilor eronate ale gândurilor intruzive. Comportamentele de evitare pot fi considerate ca fiind forme extreme ale celor de asigurare și pot fi evidențiate prin întrebări de tipul următor:

„Există ceva ce eviți din pricina problemei tale?"

„Încerci totdeauna să scapi de situația neplăcută în care te afli?"

„Te împiedică problema ta să mergi undeva?"

Reacțiile emoționale se evaluează sub aspectul intensității pe scale gradate și se raportează la o situație specifică. Atunci când evaluăm stările afective este indicat să utilizăm limbajul pacientului și să-i solicităm acestuia clarificări pentru a ne convinge că am înțeles corect despre ce este vorba.

Terapeutul va trebui să acorde o atenție specială experimentelor de tip disociativ, anxietății, precum și unor senzații fiziologice cum ar fi: palpitații, amețeli, vedere încețoșată, hipertensiune, dificultăți în respirație, transpirații, tremor, dificultăți de înghițire, senzații de gol în stomac etc.

Întrebările care se adresează sunt:

„Ai observat vreo modificare corporală ca răspuns la acea situație?"

„Atunci când te afli în situația neplăcută, ce se petrece în corpul tău?"

„Atunci când îți trec prin minte asemenea gânduri, cum te simți sub aspect fizic?"

„Ai trecut prin vreo stare corporală care te-a făcut să crezi că acel lucru se întâmpla cu adevărat?"

Istoria vieții pacientului

Psihoterapeutul va culege informații cu privire la experiențele timpurii ale pacientului, precum și la convingerile care s-au format în urma acestor experiențe.

Interviul clinic trebuie să vizeze următoarele aspecte:

- impresia generală pe care pacientul o are cu privire la copilăria sa;
- istoria familială: frați, surori, părinți, experiențe de separare;

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- amintirile fericite;
- amintirile neplăcute;
- prieteni;
- istoria vieții sexuale;
- istoria culturală și/sau religioasă a familiei,
- experiențele sexuale dezagreabile sau traumatizante;
- violență fizică în familie;
- aspecte sociale: locuință, situație materială, educație, locuri de muncă, nivel sociocultural etc.;
- factori relevanți pentru apariția și menținerea simptomelor specifice: antecedente heredocolaterale (alcoolism, toxicomanii, boli psihice la membrii familiei), abuz de substanțe în antecedentele pacientului, locuință într-un cartier cu rată ridicată a infracționalității, probleme cu poliția, detenție etc. Interviul clinic trebuie să evalueze și convingerile pe care și le-a format pacientul cu privire la sine însuși, lumea înconjurătoare și viitor, ținând seama de experiențele anterioare.

Terapeutul va căuta să evidențieze regulile de viață ale acestor pacienți, ca de pildă: „Dacă nu sunt perfect, înseamnă că sunt lipsit de valoare", precum și comportamentele compensatorii pe care le pun aceștia în acțiune pentru a se conforma propriilor reguli („să nu spui niciodată nu"; „să te străduiești să faci totul perfect" etc.)

Prezentăm în cele ce urmează mai multe asemenea convingeri de bază împreună cu acele conduite compensatorii care le însoțesc (după French și Morrison, 2004).

Convingere de bază:	Conduită compensatorie
„Nu poți avea încredere în nimeni."	„Dacă las garda jos, voi fi lovit."
„Sunt o decepție pentru cei din jur."	„Dacă îi las pe ceilalți să mă cunoască, ei vor fi dezamăgiți."
„Sunt un individ ciudat."	„Dacă îi las pe ceilalți să afle acest lucru, ei mă vor crede nebun."
„Sunt o persoană rea."	„Atunci când lucrurile nu merg bine, eu sunt vinovat."

Un alt element important al interviului îl reprezintă consumul de droguri, care adesea poate cauza apariția tulburării psihotice,

BCU IAȘI CENTRU UNIVERSITAR LIBRARY

pacientul recurgând la droguri ca la o automedicație, pentru a face față stresului produs de convingerile negative.

Terapeutul va nota tipul de drog, cantitatea și frecvența consumului, precum și contextul în care acesta este utilizat. De asemenea, trebuie cunoscute și medicamentele psihotrope prescrise, modul în care pacientul a urmat tratamentul, precum și posibilele efecte secundare ale medicației. Din interviul clinic nu trebuie să lipsească nici evaluarea riscului pe care comportamentul pacientului îl poate prezenta pentru cei din jur.

> *Odată obținute aceste informații, urmează formularea problemei în termenii terapiei cognitiv-comportamentale. Dacă în cazul tulburărilor anxioase majoritatea autorilor recomandă formularea preliminară a problemei încă din prima ședință de psihoterapie, în cazul pacienților cu risc psihotic această formulare preliminară ar trebui amânată pentru a doua ședință, urmând să fie completată cu noile informații dobândite pe parcursul demersului terapeutic. Această recomandare se bazează pe faptul că formularea prea timpurie a problemei ar putea fi amenințătoare pentru pacient. Formularea problemei trebuie realizată treptat, terapeutul asigurându-se de faptul că pacientul a înțeles despre ce este vorba și este de acord cu aceasta.*

Modelul cognitiv al tulburării trebuie să funcționeze ca o explicație alternativă a apariției simptomelor; de îndată ce aceasta a fost realizată, se impune utilizarea tehnicii reatribuirii pentru a-l convinge pe pacient care dintre explicații este mai aproape de realitate.

Înainte de alegerea strategiilor terapeutice de intervenție, se va formula problema în termeni cognitiv-comportamentali, strategiile fiind negociate de psihoterapeut împreună cu pacientul.

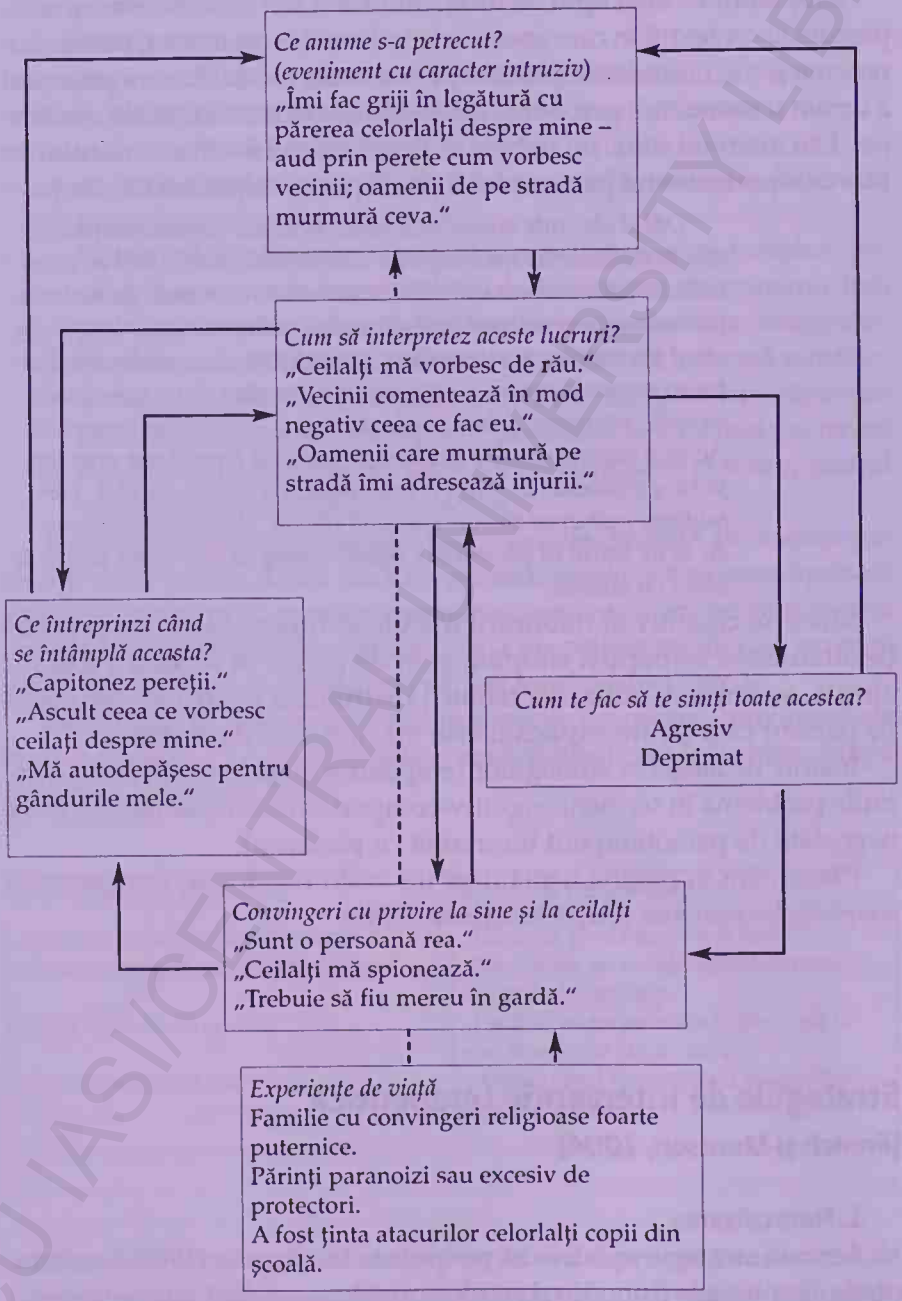
Prezentăm în pagina următoare un *model cognitiv de interpretare a simptomelor psihotice* (după Morrison, 1998).

Strategiile de intervenție terapeutică (French și Morrison, 2004)

1. Normalizarea

Această strategie se bazează pe ipoteza lui Strauss (1969) conform căreia simptomele psihotice și stările normale reprezintă un continuum.

Model cognitiv de interpretare a simptomelor psihotice
(după Morrison, 1998)



BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Astfel, studiile epidemiologice au evidențiat faptul că incidența fenomenelor psihotice în cadrul populației generale este mai ridicată decât s-ar crede. De pildă, 5% din populație a trăit experiențe de tip halucinator (Tien, 1991; Van Os et al., 2000), iar aproximativ 9% a nutrit uneori convingeri cu caracter delirant (Van Os et al., 2000).

Grimlay (1993) a studiat un eșantion format din persoane care și-au pierdut partenerul de viață după ce fuseseră împreună o perioadă îndelungată de timp și a constatat faptul că „vederea" sau „auzirea" partenerului decedat reprezenta un fenomen foarte larg răspândit la cei aflați în doliu, iar aceste experiențe nu au fost considerate patologice sau tratate psihiatric.

Pornind de la aceste fapte evidente, French și Morrison (2004) au examinat posibilitatea ca și alte experiențe similare, apărute la persoane mai tinere, să fie înțelese și normalizate dacă s-ar lua în considerare contextul în care s-au produs.

Normalizarea nu se referă numai la maniera în care terapeutul înțelege natura experiențelor psihotice, ci și la modul de a reacționa al acestuia. De cele mai multe ori, personalul medical care se confruntă cu subiecți cu risc de a dezvolta o psihoză se va teme și își va face griji pentru individul respectiv și pentru evoluția bolii. La rândul lor, pacienții sunt reticenți în a-și dezvălui trăirile și, dacă primul cadru sanitar cu care discută le spune că trebuie să se interneze la psihiatrie și să urmeze un tratament, acest lucru nu va face decât să le întărească ideea că au înnebunit.

Din acest motiv, medicul sau psihologul trebuie să transmită mesajul că pacientul nu trebuie să intre în panică. Studiile clinice au evidențiat faptul că temerile catastrofizante referitoare la posibilitatea unor recăderi nu fac decât să accelereze procesul de recădere (Grimley și Power, 2000). Este de presupus și faptul că o astfel de atitudine încărcată de anxietate ar putea influența în sens negativ și etapa de debut a unei psihoze.

Este indicat să se evite etichetările, deoarece termenii de schizofrenie și tulburare maniaco-depresivă au o mare încărcătură negativă, și să se adopte o atitudine optimistă față de pacient și problema sa, menținându-se o orientare mai centrată pe simptome. Terapeutul trebuie să țină seama și de faptul că mulți pacienți au informații despre psihoze în general și despre schizofrenie în mod special de la prieteni, rude și mai frecvent din mass-media, informații cu o puternică încărcătură negativă.

BCU "M. EMINESCU" IAȘI

Ar fi suficient să avem în vedere romanul sau piesa „Zbor deasupra unui cuib de cuci" sau relatările din presă în care pacienți schizofreni au comis omucideri, sinucideri sau alte acte de violență. La acestea se adaugă și faptul că circulă relativ puține relatări despre pacienți vindecați de o tulburare psihotică, toate acestea conducând la formarea unei atitudini excesiv de pesimiste cu privire la evoluția acestor afecțiuni. Este, așadar, de înțeles faptul că pacienții își vor forma un set anticipativ bazat pe anxietate și teama de a vorbi despre simptomele lor, fapt ce îngreunează abordarea terapeutică.

Ținând seama de aceste considerații, este posibil ca unele simptome psihotice negative, cum ar fi tocirea afectivă sau sărăcirea exprimării verbale, să nu fie altceva decât mecanisme de apărare pe care pacienții le declanșează pentru a evita consecințele nedorite cum ar fi, de pildă, internarea la psihiatrie sau creșterea medicației (Morrison et al., 2003). Este foarte posibil ca mulți pacienți cu risc ridicat de dezvoltare a unei tulburări psihotice chiar să o declanșeze din cauza anxietății psihiatrilor și a prescrierii unei medicații de specialitate.

Studiu de caz

Matei, un tânăr student la matematică în vârstă de 21 de ani, a fost trimis la cabinetul de psihiatrie de către medicul de familie pentru că prezenta halucinații auditive și vizuale. Pacientul era foarte îngrijorat și speriat de simptomele sale și s-a gândit chiar la posibilitatea sinuciderii. Acestuia i-a fost foarte greu să vină la cabinet și să vorbească despre problemele sale. Terapeutul s-a simțit, la rândul său, speriat și i-a recomandat un consult psihiatric, ceea ce pacientul a refuzat de teamă că va fi declarat „nebun" și internat cu forța. În cele din urmă, pacientul a acceptat să discute cu un alt terapeut din clinică, specializat în terapie cognitiv-comportamentală și să urmeze acest gen de terapie. Acceptarea sa s-a datorat tonului cald și neutru utilizat de terapeut, care a menționat faptul că nu va prescrie medicamente.
Redăm în cele ce urmează un fragment din dialogul terapeutic:
Matei: Cu ce vă ocupați de fapt?
Terapeutul: Lucrez cu persoane care au diverse probleme de sănătate mintală. Vă voi pune o serie de întrebări pentru a vedea dacă există pentru dumneavoastră vreun risc de a dezvolta o astfel de problemă și, în caz afirmativ, voi încerca să vă ofer un ajutor pentru a o rezolva.
M: Ce înțelegeți prin „diverse tipuri de probleme de sănătate mintală"?
T: Ei bine, mă ocup de persoane cu fobii, atacuri de panică, tulburări depresive, tulburări somatice datorate stresului, dar și de acele persoane care prezintă un risc ridicat de a dezvolta ceea ce în general se numește psihoză. Acestea din urmă nutresc

unele gânduri mai neobișnuite, aud lucruri ciudate sau se îngrijorează de faptul că ceilalți îi vorbesc de rău. Cine prezintă un astfel de risc nu trebuie neapărat să și declanșeze tulburarea psihotică. Doar o mică parte dintre acești pacienți vor avea asemenea probleme.
M: Să înțeleg că lucrurile s-ar putea rezolva de la sine?
T: Există această posibilitate pentru multe persoane. Cu toate acestea, se poate întâmpla ca în unele cazuri lucrurile să se înrăutățească pentru o perioadă de timp. Ceea ce facem noi este să lucrăm asupra acestor probleme într-o fază timpurie pentru a le înlătura și pentru a preveni reapariția lor.
M: Dacă eu aș prezenta un astfel de risc, cum ați proceda cu mine?
T: Noi utilizăm o abordare psihologică numită terapie cognitiv-comportamentală, care are în vedere legăturile dintre modul de a gândi, simți și acționa al unei persoane. Nu vom administra medicamente și nu vom recomanda internarea în spital. În cazul în care acest lucru ar fi necesar, vom discuta împreună în legătură cu o astfel de alternativă, dar la început vom încerca să înțelegem problemele dumneavoastră și să vedem dacă nu există metode psihologice de a le rezolva.

Terapeutul care conduce interviul trebuie să fie o persoană calmă, prietenoasă și deschisă, care să nu trimită imediat pacientul la psihiatrie, ci să-i ofere la început o alternativă mai acceptabilă, întreaga atitudine a terapeutului trebuie să reflecte ideea că nu se discută cu o persoană pe cale „să înnebunească", problemele acesteia fiind însă abordate cu maximă seriozitate. Terapeutul va propune pacientului mai multe întâlniri pentru a obține informații suplimentare cu privire la simptomele acestuia.

T: Se pare că ești extrem de îngrijorat din cauza experiențelor pe care le trăiești.
M: Da, iar atunci când am povestit familiei și prietenilor ceea ce mi se întâmplă, mi s-a recomandat să mă adresez unui psihiatru, ceea ce m-a speriat și mai tare, pentru că nu vreau să ajung la spital.
T: Din câte mi-ai povestit, nu pare să fie cazul de internare. Cu toate acestea, aș dori să te revăd cât mai curând posibil pentru a putea înțelege stările prin care treci și a găsi o modalitate eficientă de a te ajuta. Ești de acord cu asta?
M: Cred că da.

Acest gen de abordare are menirea de a decatastrofiza simptomele psihiatrice care au fost exagerate de către medicul de familie. De asemenea, este foarte important ca pacientul la care aceste simptome se află într-o fază incipientă să fie înțeles și să capete încredere în serviciile medicale de specialitate.

Trebuie însă subliniat faptul că procesul de „normalizare" a simptomelor nu trebuie confundat cu unul de minimalizare a acestora.

2. Oferirea unor explicații alternative pentru simptomele psihotice

Așa cum am mai menționat, unele simptome de tip psihotic sunt mult mai răspândite decât s-ar părea în rândul populației, aceste fenomene fiind descrise prin intermediul conceptului de „intruziuni" în viața psihică a subiectului (Morrison, 2001). Neacceptarea acestor fenomene în plan cultural le face să fie etichetate drept psihotice, interpretarea lor în această manieră având consecințe negative asupra pacientului în plan cognitiv, emoțional și comportamental.

În faza de debut al psihozei simptomele psihopatologice nu sunt încă pe deplin înțelese de acesta, anxietatea și preocuparea excesivă legată de ele accelerând declanșarea bolii (Moller și Husby, 2000). Ținând seama de aceste observații, abilitatea terapeutului de a genera împreună cu pacientul mai multe explicații alternative pentru simptomele sale va conduce în mod evident la o detensionare a acestuia din urmă.

Examinarea conținutului acestor fenomene de natură intruzivă este deosebit de importantă pentru succesul demersului terapeutic, fie că este vorba de gânduri (idei delirante) sau imagini (iluzii, halucinații). De asemenea, terapeutul îl va învăța pe pacient să evalueze avantajele și dezavantajele menținerii unei singure interpretări rigide a respectivelor simptome.

O explicație frecventă pe care o dau pacienții la care au apărut primele simptome psihotice este pierderea autocontrolului și instalarea unei stări de „nebunie". Adesea pacienții nutresc și convingerea că, dacă ceilalți vor afla ce gândesc sau ce simt ei, îi vor interna într-un spital de psihiatrie, ceea ce este de cele mai multe ori adevărat în sistemul nostru cultural. Din acest motiv, terapeutul trebuie să procedeze cu delicatețe pentru a-l determina pe pacient să-și dezvăluie temerile, elaborând apoi o listă cât mai completă a tuturor explicațiilor posibile pentru simptomele psihotice pe care le prezintă.

Odată stabilită lista, fiecare explicație posibilă va trebui să fie evaluată de pacient împreună cu terapeutul pe o scală de la 0 la 100, în care 0 înseamnă „nu cred deloc că acest lucru este adevărat" și 100

„cred foarte mult, sunt sigur de aceasta". Prezentăm în continuare un fragment din cadrul dialogului terapeutic (după French și Morrison, 2004):

Terapeutul: De multe ori este bine să cunoaștem care sunt cauzele care generează trăirile tale. Ce ar fi să acordăm un anumit timp pentru a identifica toate explicațiile posibile ale trăirilor tale, explicații pe care le vom nota în caiet?
Pacientul: De acord.
T: Ei bine, ai putea să enumeri mai multe explicații posibile pentru ceea ce ți se întâmplă?
C: Cred că mă pedepsește Dumnezeu pentru relele pe care le-am făcut în trecut sau poate chiar în viețile anterioare; aceste stări ar putea fi cauzate și de o tumoare cerebrală sau de faptul că am înnebunit, pentru că un om normal nu vede cadavre pe dulap. Cam asta îmi vine în minte deocamdată.
T: Bine. Să notăm pe hârtie. Prima cauză ar putea fi că stările tale sunt generate de Dumnezeu, a doua că ai o tumoare cerebrală și a treia că vei înnebuni. E corect? Ar mai exista și alte cauze care să producă ceea ce simți tu? Poate că altcineva ți-a oferit vreo explicație?
C: Ei bine, medicul de familie și prietenii mi-au spus că ar putea fi vorba de o psihoză indusă medicamentos, pentru că în liceu am consumat droguri.
T: Pot să notez și această posibilă cauză?
C: Cred că da, însă nu sunt sigur că este așa. Ce părere aveți despre asta?
T: Să o trecem totuși pe listă ca fiind una dintre posibilitățile pe care le vom analiza mai târziu.
C: De acord.
T: Crezi că ar mai putea exista și alte cauze care să genereze stările tale?
C: Ar putea fi și faptul că în ultimul timp am fost foarte stresat din cauza licenței și nu am dormit mai multe nopți la rând.
T: Pot să notez și stresul drept cauză?
C: Cred că da.
T: În cazul în care am identificat toate cauzele posibile, ar fi bine să le evaluăm pe o scală de la 0 la 100, în care 0 înseamnă că respectiva situație nu a putut produce stările tale, iar 100 înseamnă că ești sigur că aceasta este cauza reală a stărilor tale.

După ce s-a realizat evaluarea fiecărei explicații posibile pentru fenomenele cu caracter intruziv, terapeutul îl va dirija pe pacient să exploreze trăirile afective și reacțiile în plan comportamental produse de analizarea fiecărei cauze în parte. În felul acesta, pacientul va învăța mai bine să realizeze diferența dintre evenimentul ca atare și interpretarea lui subiectivă.

BCU IAȘI/CENTRALA UNIVERSITY LIBRARY

Prezentare de caz

Mariana, o profesoară în vârstă de 26 de ani, s-a prezentat la medicul de familie pentru halucinații vizuale și idei delirante de persecuție (credea că oamenii doresc să-i facă rău). Pacienta se temea de faptul că ar putea suferi de o tumoare cerebrală sau că își va pierde controlul și va înnebuni.

Medicul de familie i-a recomandat o tomografie computerizată și a afirmat că simptomele sale s-ar putea datora consumului de droguri din timpul liceului. De asemenea, acesta a trimis-o la medicul psihiatru de sector care i-a recomandat o medicație antidepresivă. Deoarece simptomatologia s-a accentuat, pacienta a fost dirijată de către un cunoscut la cabinetul de psihoterapie.

Mariana părea foarte îngrijorată de ceea ce i se întâmplă, spera să nu mai fie trimisă de la un cabinet la altul și solicita un ajutor care să nu fie sub formă de medicamente. La primul interviu pacienta a fost foarte reținută, ea relatând în cele din urmă faptul că uneori „vede" un cadavru pe dulap, aude zgomote și are impresia că ceilalți o urmăresc.

Mariana nu avea decât două explicații posibile pentru simptomele ei: tumoare cerebrală și faptul că va înnebuni. Prima explicație o făcea să se simtă mai liniștită pentru că se putea face ceva, chiar dacă era vorba de o intervenție chirurgicală. Mariana își dădea seama de faptul că era ceva neobișnuit ca cineva să se bucure de perspectiva de a avea o tumoare cerebrală, atitudinea ei reflectând însă în mod evident teama de boala psihică.

Mariana s-a referit la stres ca la o posibilă explicație alternativă abia după discuții prelungite cu psihoterapeutul. Cu toate acestea, viața Marianei a fost foarte încărcată de factori stresanți încă din copilărie. La vârsta de 3 ani ea a fost lăsată acasă împreună cu sora ei în vârstă de două luni, tatăl fiind plecat la serviciu, iar mama la bar pentru a bea ceva. La întoarcerea acasă, tatăl a găsit pătuțul răsturnat și sugarul mort, în vreme ce Mariana plângea ascunsă sub o pătură. În urma acestui incident pacienta a fost luată de la părinți și încadrată într-un centru de plasament, unde avea să fie serios maltratată de copiii mai mari și de unii educatori. La vârsta de 10 ani a fost înfiată de o mătușă, prilej cu care și-a revăzut părinții naturali. Mama naturală i-a reproșat de nenumărate ori faptul că și-a ucis sora lovind-o cu capul de podea. Mariana suferea mult din cauza acestor reproșuri și evita de cele mai multe ori să vorbească despre asta.

La 14 ani un bărbat mai în vârstă a abuzat de ea, deși pacienta nu descria acel eveniment ca fiind traumatic, pentru că prietenul de ocazie se purta frumos cu ea și îi cumpăra obiecte de îmbrăcăminte. La 17 ani Mariana a participat la o partidă de sex în grup împreună cu partenerul ei care, aflat sub influența băuturilor alcoolice, a agresat o altă tânără. Mariana nu a putut scăpa niciodată de sentimentul de culpabilitate pentru că nu a ajutat-o pe fata respectivă. Pacienta, care locuia într-un cartier rău famat, era permanent stresată și de alți factori care țineau de relațiile de ve-

cinătate. Terapeutul a ajutat-o pe pacientă să descopere și să evalueze mai multe explicații alternative pentru simptomele sale psihotice.

Imagini intruzive:	„Văd uneori cadavre pe dulap."
Explicații curente:	„Voi înnebuni sau sufăr de o tumoare cerebrală."
Stare afectivă asociată explicației:	Speriată; mai liniștită în eventualitatea ultimei alternative.

Prezentăm în cele ce urmează lista explicațiilor alternative elaborate împreună cu terapeutul.

Explicații posibile	Convingerea cu privire la veridicitatea acestora 0 = nu acesta este motivul pentru care mi se întâmplă ceea ce mi se întâmplă 100 = aceasta este cu siguranță cauza stării mele	Starea afectivă care însoțește formularea explicației respective
Mă pedepsește Dumnezeu pentru ceea ce am făcut viețile trecute	40%	Speriată
Fantoma surorii mele	75%	Îngrozită
Tumoare cerebrală	100%	Nu mă supără prea tare
Cineva încearcă să-mi facă rău	5%	Ușor speriată
Voi înnebuni	85%	Uneori speriată, alteori nepăsătoare
Stresurile la care am fost supusă de-a lungul vieții	90%	Nesigură

Terapeutul o va ajuta pe pacientă să adune dovezi pentru confirmarea sau infirmarea convingerilor legate de cauze care produc

apariția simptomelor psihiatrice prin intermediul metodei dialogului socratic și al experimentelor în sfera comportamentală, ca în exemplul următor:

Convingerea care trebuie examinată:	„Am o tumoare cerebrală."
Stările afective asociate:	„Nu mă sperie prea tare."
Evaluarea convingerii:	100% adevărat

Argumente pro	*Argumente contra*
„Am tot felul de experiențe ciudate." „Oamenii care suferă de tumoare cerebrală au senzații neobișnuite." „Sufăr uneori de dureri de cap."	„Oamenii care suferă de tumoare cerebrală se simt din ce în ce mai rău." „Eu mă simt ceva mai bine de la un timp." „Am învățat să găsesc explicații pentru stările mele." „Atunci când înțeleg ceea ce se petrece, senzațiile au tendința să se reducă, ceea ce nu este cazul dacă sufăr de tumoare cerebrală." „Durerile de cap îmi trec dacă iau algocalmin, ceea ce nu s-ar întâmpla dacă aș avea o tumoare cerebrală."
Reevaluarea convingerii Convingere alternativă: Stare afectivă asociată:	40% adevărată „Poate că simptomele mele se datorează stresului, fapt ce ar putea explica și durerile de cap." „Mă simt mai liniștită".

3. Reducerea comportamentelor de asigurare

Specialiștii în domeniul psihoterapiei cognitiv-comportamentale au evidențiat faptul că persoanele care suferă de tulburări anxioase declanșează anumite tipuri de comportament pentru a preveni producerea așa-zisei catastrofe de care se tem. Același tip de comportamente de asigurare apare și la pacienții aflați în faza de debut a unei psihoze, comportamentele respective contribuind la interpretarea disfuncțională a senzațiilor și gândurilor intruzive.

Odată identificate aceste componente de asigurare, terapeutul îl va ajuta pe pacient să evalueze utilitatea menținerii lor pe termen scurt și pe termen lung. Pentru a evidenția aceste comportamente, terapeutul va trebui să culeagă informații în legătură cu ceea ce face pacientul cu risc psihotic atunci când are impresia că își pierde controlul sau se află într-o situație în care pot să apară simptome psihopatologice.

Terapeutul va trebui să-l pună pe pacient în situația anxiogenă și să-i observe comportamentul.

Prezentăm în continuare câteva exemple de comportamente de asigurare:

Experiența	Interpretare	Comportamente de asigurare
„Observ că oamenii râd și vorbesc pe stradă."	„Oamenii de pe stradă vorbesc despre mine."	„Las capul în jos și merg repede spre locul unde doresc să ajung."
Halucinații vizuale: „Văd un om care stă pe fotoliu."	„Voi înnebuni."	„Nu mă uit la fotoliu sau ies din cameră cât pot de repede."
„Vânzătorul mă privește în față."	„El știe că sunt nebun."	„Vorbesc foarte puțin." (Dacă vorbesc voi confirma că sunt nebun)
Halucinații vizuale: „Văd un cadavru pe dulap."	„Înnebunesc; îmi pierd controlul."	„Mă ascund sub pătură."

Aceste tipuri de comportament pot fi supuse verificării experimentale, pentru ca pacientul să se convingă de inutilitatea lor. Terapeutul poate utiliza și povestiri metaforice din care să reiasă faptul că respectivele comportamente de asigurare nu fac decât să mențină convingerile cu caracter disfuncțional.

Prezentăm în cele ce urmează o astfel de povestire adaptată de French și Morrison (2004, p. 76) după Wells (1997):

„Există undeva departe un sat în care toți locuitorii sunt convinși de existența vampirilor. Ei cred atât de mult în vampiri, încât poartă la gât ghirlande din căpățâni de usturoi pentru că se știe (!) că vampirii se tem de usturoi. Sătenii au procedat astfel dintotdeauna și

nimeni nu a văzut sau nu a fost atacat până acum de vreun vampir. Pentru că nimeni nu a văzut vreun vampir, oamenii sunt convinși că usturoiul își face efectul și din acest motiv localnicii nu vor să renunțe la el, pentru a nu lăsa vampirii să intre în sat".

După prezentarea povestirii, terapeutul va adresa pacientului întrebări de tipul următor:

„Cum ar putea afla localnicii dacă vampirii există cu adevărat?"

„Nu cumva există unele asemănări între modul în care procedezi tu și purtarea ghirlandelor din căpățâni de usturoi?"

„Ce ar trebui să faci pentru a verifica utilitatea comportamentelor tale preventive?"

Astfel de metafore îl ajută pe pacient să sesizeze faptul că măsurile pe care le ia îi sunt utile pe termen scurt, dar pe termen lung nu fac decât să mențină convingerile disfuncționale referitoare la cauzele simptomelor psihotice.

Prezentare de caz

Daniel, un tânăr în vârstă de 24 de ani, a fost adus de părinți la un cabinet teritorial de psihiatrie pentru că devenise foarte irascibil, anxios și avea un comportament imprevizibil. Pacientul era foarte închis și rezervat în prezentarea problemelor sale, dar la insistențele părinților a acceptat în cele din urmă să discute cu un terapeut psiholog, refuzând însă orice fel de medicație.

La interviul clinic Daniel a dezvăluit faptul că a suferit o „cădere psihică" datorită faptului că se simțea urmărit. Gândul i-a apărut în minte după ce s-a văzut pe ecranul unei camere video dintr-un supermarket și, treptat, a început să creadă că unele persoane cunoscute îl urmăresc prin intermediul unor astfel de aparate. Convingerea i-a fost întărită de faptul că părinții și prietenii au început să-l monitorizeze, fiind îngrijorați de comportamentul său ciudat. Treptat, el a ajuns să creadă că și alți oameni îl urmăresc, din cauza atenției selective cu care analiza comportamentul celorlalți. Lucrurile s-au agravat atunci când Daniel a afirmat că era urmărit de mai multe persoane atunci când conducea mașina în afara localității.

Terapeutul a condus discuția astfel încât să fie abordate aspecte concrete cum ar fi numărul de persoane necesare pentru o astfel de conspirație, dificultățile pe care le-ar presupune organizarea lor, precum și costurile unei astfel de acțiuni. Pornindu-se de aici, pacientul a fost ghidat să ia în considerare și alte explicații alternative pentru trăirile sale.

Starea pacientului s-a ameliorat semnificativ până în momentul în care acesta, aflându-se într-un local împreună cu prietenii, a aflat de decesul unei colege de la fostul loc de muncă. În clipa aceea el a declanșat un atac de panică și a început să nutreas-

că convingerea că va înnebuni și, pentru a-i împiedica pe ceilalți să observe acest lucru, s-a izolat de prieteni. În acea perioadă, pacientul a început să aibă insomnii, dificultăți de comunicare, iar discursul său a devenit lent și mai puțin coerent.

Terapeutul a avut nevoie de un anumit timp pentru a descoperi motivele de îngrijorare ale pacientului: convingerea catastrofizantă că va înnebuni, precum și comportamentele de asigurare (izolare socială și reducerea comunicării verbale) care, în opinia pacientului aveau rolul de a-i împiedica pe oameni să constate prezența simptomelor sale de „nebunie".

Pentru a testa utilitatea comportamenului de reducere a comunicării drept mijloc de a masca simptomele psihopatologice, terapeutul a înregistrat modul în care pacientul se exprimă, după care acesta a fost ajutat să-și analizeze și apoi să-și modifice stilul de comunicare și să urmărească efectele (să vorbească încet și rar timp de cinci minute, să exagereze comportamentul de asigurare pentru alte cinci minute și apoi să renunțe la acesta tot pentru cinci minute). Terapeutul împreună cu pacientul au comentat înregistrarea din care a rezultat în mod evident faptul că vorbirea rară și ezitantă îl făcea pe pacient să pară nesigur, încordat și stresat, producând un efect contrar celui așteptat, și anume creșterea îngrijorării celorlalți cu privire la starea sănătății sale.

În urma demersului terapeutic simptomele pacientului s-au redus simțitor, terapeutul ocupându-se în continuare de problema insomniei pe care a abordat-o prin intermediul unei tehnici de relaxare.

Wells și Matthews (1994) au constatat faptul că și atenția selectivă a pacientului joacă adesea rolul unui comportament de asigurare care contribuie la menținerea convingerilor eronate cu privire la natura simptomelor psihotice. Astfel, Daniel obișnuia să-i observe cu multă atenție pe ceilalți după declanșarea comportamentului său de asigurare pentru a vedea dacă aceștia nu-l privesc într-un mod ciudat. În acest caz, comportamentul de asigurare (reducerea comunicării) împreună cu atenția selectivă nu fac decât să contribuie la menținerea problemei, acționând ca într-un cerc vicios (pacientul vorbește foarte puțin, rar și șoptit, ceea ce îi face pe ceilalți să-l considere „ciudat", iar atenția selectivă cu care el urmărește comportamentul celorlalți îl împiedică să-i remarce pe cei care îl ignoră).

Strategiile terapeutice constau în a-i explica și demonstra subiectului mecanismele atenției selective, respectiv modalitatea în care aceasta contribuie la filtrarea unor informații. Se explică apoi faptul că este vorba de un proces normal, care face ca o persoană îngrijorată de ceva să se concentreze asupra respectivei probleme și să observe mai multe detalii ale acesteia, detalii pe care nu le-ar fi observat în

alte condiții. Se pot realiza, de asemenea, și unele experimente în sfera comportamentală prin intermediul cărora pacientului i se cere să observe anumite lucruri (de pildă, câte persoane poartă haine de piele) și să constate cât de multe detalii a observat dacă i s-a atras atenția asupra unui anumit fenomen.

Comportamentele de evitare joacă, la rândul lor, rolul celor de asigurare pentru că adesea, la debutul unei psihoze, pacienții încep să se preocupe tot mai mult de simptomele lor, se tem de faptul că alții i-ar putea evalua negativ și din acest motiv au tendința de a se izola tot mai mult. Aceștia încep să-și petreacă tot mai mult timp singuri în camera lor. Reducerea frecvenței și duratei contactelor sociale contribuie la accentuarea preocupărilor legate de simptomele lor psihotice, precum și la minimizarea surselor de informații care i-ar putea ajuta să găsească explicații alternative pentru problemele care îi frământă. Aceste fenomene nu fac decât să potențeze structurarea simptomatologiei psihotice (French et al., 2001).

De asemenea, izolarea socială accentuează stările depresive. Pacienții consideră că izolarea reprezintă doar o consecință a dificultăților lor, fără a lua în seamă faptul că aceasta este și un factor care contribuie la menținerea și accentuarea simptomelor.

Soluția terapeutică este încurajarea pacienților să devină cât mai activi cu putință. Prima etapă o constituie monitorizarea activităților cotidiene după criteriul măiestriei și nivelului de satisfacție (Beck et al., 1979). Acest gen de monitorizare îl va ajuta pe pacient să conștientizeze faptul că perioadele de inactivitate se caracterizează prin accentuarea simptomelor psihotice și a depresiei. Terapeutul va conduce apoi un experiment în sfera comportamentală, căutând să demonstreze contrariul, și anume că un număr sporit de activități conduc la reducerea simptomelor psihotice și la ameliorarea dispoziției.

4. Abordarea terapeutică a metacogniților

Wells și Matthews (1994), studiind tulburările anxioase, au elaborat un model al vulnerabilității la tulburări psihice, care include următorii factori: focalizarea excesivă a atenției asupra propriei persoane, tendința de a rumina gânduri negative, atenția selectivă și tendința de a activa convingerile negative disfuncționale de bază. Unele dintre aceste convingeri reprezintă metacogniții care condiționează selecția și interpretarea informațiilor și stau la baza gândurilor negative cu caracter situațional.

Wells (1995) consideră că metacogniţiile includ gânduri referitoare la procesele cognitive („am o memorie slabă"), avantajele și dezavantajele unui anumit mod de gândire („îngrijorările mele or să mă înnebunească"), precum și convingeri referitoare la conținutul gândurilor („este foarte rău să te gândești la moarte"). Morrison (2001) consideră că lucrul cu metacogniţiile este valabil și pentru pacienții cu risc psihotic ridicat.

Unele convingeri cu conținut pozitiv pot întări fenomene psihice cu caracter intruziv, iar evaluările negative ale experienţelor neobișnuite (sunt necontrolabile, periculoase etc.) conduc la accelerarea procesului de instalare a unei tulburări psihotice.

Studiile lui Miller, O'Connor și Di Pasquale (1993) au evidențiat faptul că 50% dintre pacienții psihotici spitalizați valorizează pozitiv prezența halucinațiilor (le țin de urât, sunt relaxante etc.). De asemenea, Chadwick și Birchwood (1994) au constatat faptul că dacă vocile sunt apreciate ca fiind binevoitoare la adresa pacientului, acesta dorește ca ele să persiste și chiar le amplifică. Wells și Norhand (2000) au evidențiat, la rândul lor, faptul că unele convingeri pozitive cu privire la experienţe psihologice ciudate reprezintă un predictor al predispoziției pentru halucinații auditive și vizuale. Ideile delirante de urmărire sau prejudiciu pot conferi un sens existenței subiectului, făcându-l să se simtă important și deosebit de ceilalți (Bentall, Kinderman și Kaney, 1994).

Studiile clinice au evidențiat și faptul că mulți pacienți utilizează droguri pentru a-și induce fenomene de tip halucinator, alții se concentrează asupra acestor fenomene pentru a le mări frecvența sau le utilizează în calitate de strategii de a face față unor experienţe traumatice. O convingere pozitivă tipică legată de trăiri psihice neobișnuie poate fi, de pildă, următoarea: „Ideile paranoide te ajută să te ferești de pericole".

În astfel de situații, demersul terapeutic trebuie să fie centrat pe evaluarea avantajelor și dezavantajelor rezultate din menținerea unor astfel de convingeri.

Studiu de caz

Nicu, un student în vârstă de 21 de ani, suspicios și cu idei cu conținut interpretativ, nutrea convingerea că aceste idei de persecuție și hipervigilența îl ajută să se ferească de orice pericol. El a afirmat chiar faptul că ar fi fost atacat de nenumărate

ori dacă nu ar fi dat dovadă de vigilență. Ținând seama de faptul că pacientul locuia într-un cartier rău famat și că fusese implicat în urmă cu doi ani în traficul de doguri, ideile sale puteau avea un sâmbure de adevăr. Cu toate acestea, el a devenit atât de suspicios, încât nu a mai avut curajul să iasă din casă.

Terapeutul a elaborat împreună cu pacientul un fel de ghid referitor la situațiile când era necesar să fie vigilent și suspicios și la cele în care se putea comporta mai relaxat. Această strategie l-a ajutat să mențină avantajele atitudinii sale și să reducă costurile.

O altă pacientă de-a noastră, practicantă de yoga, era de părere că vocile pe care le auzea reprezentau mesaje de la maeștrii spirituali din India, fapt ce o determina să le valorizeze și să le ceară sfaturi. Constatând faptul că pacienta nu dorea să renunțe la preocupările sale, terapeutul i-a recomandat să discute problemele care o frământau cu instructorul de la cursul de yoga.

Convingerile negative legate de experiențele psihotice apar atunci când acestea sunt apreciate ca fiind necontrolabile sau periculoase ori când produc efecte negative în plan social sau ocupațional (Morrison et al., 2002), acestea contribuind la accentuarea decompensării psihotice.

Pacienții încep să dezvolte convingeri negative referitoare la simptomele psihotice mai ales când acestea au un conținut anxiogen („voci ale persecutorilor"; „gânduri transmise de forțe malefice" etc.). În astfel de cazuri, strategiile terapiei cognitiv-comportamentale trebuie îndreptate în direcția verificării gradului de veridicitate al acestor convingeri.

O convingere negativă frecvent întâlnită la pacienții psihotici se referă la faptul că a gândi, a visa sau a imagina un eveniment face ca acel eveniment să se producă în mod real (fuziunea gând-acțiune, Rachman, 1977). Astfel, Marta, o psihotică în vârstă de 18 ani, era convinsă de faptul că visele ei nocturne se vor împlini. Această convingere îi producea o anxietate crescută pentru că multe dintre aceste vise se refereau la faptul că ea îi rănește sau ucide pe cei dragi. Încercând să evite ca visele să se împlinească, pacienta se străduia să nu mai doarmă, consumând foarte multă cafea și fumând trei pachete de țigări pe noapte. În cursul psihoterapiei, pacientei i s-a recomandat, printre altele, să țină un jurnal în care să noteze toate visele și să constate care dintre acestea se împlinea. Aceasta a constatat că au existat doar unele coincidențe minore când visele au părut că se împlinesc, niciuna dintre catastrofele visate neavând loc în plan real. De asemenea, terapeutul i-a sugerat să lucreze cu ajutorul imaginației și să

observe dacă nu cumva poate „produce" în mod voluntar un eveniment, ceea ce, bineînțeles, nu s-a întâmplat.

Prezentăm în continuare strategiile terapeutice de combatere a metacogniților, care trebuie să fie centrate pe ideea reducerii disconfortului psihic al pacientului și sunt următoarele:

- căutarea dovezilor pentru infirmarea acestora;
- găsirea unor explicații alternative;
- experimente în plan comportamental;
- evaluarea avantajelor și dezavantajelor de a menține convingerile respective;
- decatastrofizarea experiențelor psihice neobișnuite, explicând faptul că acestea reprezintă fenomene firești la unele persoane în anumite condiții.

5. Procesarea terapeutică a altor convingeri disfuncționale de bază

French și Morrison (2004) au constatat că, aproape fără excepție, pacienții cu risc crescut de a dezvolta o tulburare psihotică au avut experiențe timpurii care au condus la formarea și consolidarea convingerii negative de bază că ei sunt diferiți de ceilalți oameni. O asemenea convingere contribuie la apariția și menținerea interpretărilor disfuncționale ale simptomelor psihotice, fapt ce mărește vulnerabilitatea subiectului față de recăderi.

Experiențe timpurii care au condus la formarea convingerii respective pot fi violuri sau alte tipuri de abuzuri sexuale, persecuții din partea altor copii sau alte situații care l-au determinat pe pacient să se simtă singur și vulnerabil. Acesta a interpretat experiențele negative ca fiind datorate faptului că este o persoană diferită de ceilalți sau a considerat, dimpotrivă, că a devenit diferit din cauza celor întâmplate. Desigur, experiența psihologică de a te simți diferit poate avea conotații negative, dar uneori și pozitive.

Identificarea convingerii negative de bază se realizează, de regulă, prin intermediul tehnicii „săgeții verticale" (Burns, 1989), ca în exemplul de mai jos:

Pacientul: Atunci când mă aflu în compania altor persoane cred că este mai bine să fac astfel încât ceilalți să vorbească mai puțin cu mine.

Terapeutul: Mi-ai spus ceva asemănător și data trecută când ne-am întâlnit. Ai avea ceva împotrivă dacă ți-aș pune câteva întrebări în legătură cu acest gând pe care îl nutrești pentru a vedea dacă nu cumva se ascunde vreo convingere în spatele lui?

P: De acord, dacă sunteți de părere că aceasta mă poate ajuta.
T: Să încercăm și vom vedea dacă metoda ne este sau nu de folos.
P: Bine.
T: Ai afirmat că ar fi mai bine să taci pentru ca oamenii să nu-ți vorbească. Ai putea să-mi spui care ar fi cel mai rău lucru care s-ar putea întâmpla dacă ceilalți ți-ar vorbi?
P: Ei bine, ei și-ar îndrepta atenția asupra mea și acest lucru ar fi îngrozitor.
T: Poți să-mi spui care ar fi lucrul cel mai rău care s-ar întâmpla dacă oamenii ți-ar acorda atenție?
P: Ei își vor da seama cum sunt eu de fapt.
T: Și care ar fi lucrul cel mai rău care s-ar putea întâmpla atunci?
P: Ceilalți vor observa cât de ciudat și diferit sunt de ei.
T: Cu alte cuvinte, dacă ceilalți îți vorbesc, ei vor descoperi faptul că ești o persoană ciudată și diferită. Așa este?
P: Da.
T: Și ce ar fi atât de rău dacă ei ar observa acest lucru?
P: Dacă sunt ciudat și diferit, oamenii nu mă vor iubi.
T: Cu alte cuvinte, îți faci griji că nu ești o persoană demnă de a fi iubită pentru că ești diferit de ceilalți?
P: Da.

Un astfel de demers facilitează accesul la convingerile negative, disfuncționale de bază. Odată identificate aceste convingeri, terapeutul îl va ajuta pe pacient să le modifice.

Așa cum am mai subliniat, metodele cel mai des utilizate pentru combaterea convingerilor disfuncționale de bază sunt căutarea și verificarea dovezilor, găsirea unor explicații alternative, jocurile de rol, descoperirea unor elemente care să le infirme în istoria vieții pacientului sau metoda notării unor evenimente pozitive.

Prezentăm în cele ce urmează un exemplu din practica clinică:

Terapeutul: Am remarcat faptul că tu te consideri o persoană ciudată. Cred că acum ar fi util să găsim o modalitate de a măsura această convingere pentru a putea observa dacă nu se produc unele modificări la nivelul ei; ești de acord?
Pacientul: Da.
T: Ei bine, cât de ciudat te consideri? Utilizează o scală de la 0 la 100, în care 0 înseamnă că ești perfect normal și 100, cât se poate de ciudat.
P: Sunt destul de ciudat. Nu mi-e prea clar unde să mă plasez. Poate la 80%.
T: Să plasăm acum persoanele pe care le cunoști tot pe o scală de 0 la 100 în ceea ce privește gradul de normalitate. Cunoști pe cineva care este perfect normal și nu este ciudat deloc?

P: Nu-mi vine în minte niciun nume. Cred că unii contabili par plicticos de normali. Nu îmi pot imagina că aceștia ar putea fi ciudați.
T: E interesant. Unde ai plasa contabilii pe care îi cunoști?
P: Ei bine, ar putea avea și ei un dram de ciudățenie. Cred că i-aș plasa la 10%.
T: Să ne gândim acum și la niște persoane concrete. Cunoști vreun prieten, rudă, vecin, coleg sau chiar persoană publică pe care o consideri perfect normală?
P: Nu sunt sigur. Nu-mi vine în minte nicio astfel de persoană.
T: Cunoști totuși o persoană despre care ceilalți spun că este perfect normală?
P: Poate omul de afaceri Ion Țiriac...
T: Ce ar fi să privim și cealaltă fațetă a lucrurilor. Cunoști pe cineva care este 100% ciudat?
P: Ar putea fi personajul care prevestește cutremure pe baza unor bioenergii, fără a avea vreo calificare în acest sens. L-aș plasa la 80%.
T: Să-l plasăm pe scala noastră. Mai cunoști vreo persoană pe care o consideri foarte ciudată?
P: Ar putea fi candidatul la președinție sau la parlament care a inventat biberonul cu mai multe orificii? L-aș plasa la 75%.

În continuare, terapeutul îi va cere pacientului să se plaseze din nou pe scala gradată ținând însă seama de personajele la care s-a referit. De cele mai multe ori, acesta va avea tendința de a se autoaprecia ca fiind mai puțin ciudat decât a făcut-o la început și va trăi o stare de disconfort semnificativ mai redusă.

Studiu de caz

Alina, o studentă în vârstă de 21 de ani, a fost trimisă la cabinetul de psihoterapie pentru că se concentra din ce în ce mai greu, prezenta tulburări de somn, depresie, anxietate în situații psihosociale și idei legate de faptul că toți ceilalți o vorbesc de rău.
Pacienta nu se alimenta cum trebuie, a scăzut mult în greutate și a început să-și neglijeze igiena personală. Ea nu s-a prezentat la examene mai multe sesiuni la rând și risca să fie dată afară de la facultate.
Convingerea disfuncțională s-a format în copilăria pacientei, când aceasta a fost foarte legată afectiv de mătușa ei, bolnavă psihic, pe care simțea că o înțelege, însă pe care ceilalți din familie o tratau foarte prost (spuneau că este bizară, zăpăcită, nebună sau ciudată). Alina era de părere că atracția ei pentru respectiva mătușă o determina să devină la rândul ei o persoană ciudată. Convingerea a fost întărită de profesorul care râdea de ea atunci când greșea un exercițiu la matematică, numind-o zăpăcită, proastă sau „cu capul în nori".
Pacienta și-a dezvoltat de-a lungul timpului o strategie menită s-o pună la adăpost de glumele celorlalți și să-i împiedice pe aceștia să sesizeze faptul că ea este diferită

de majoritatea oamenilor. Pentru a atinge aceste obiective, ea și-a fixat standarde foarte înalte la învățătură, standarde care au funcționat până în primul an de facultate, când a pierdut două examene. Începând cu acest moment, pacienta s-a decompensat.

Terapeutul a ajutat-o pe pacientă să precizeze ce anume înțelege prin termenul de „ciudat", fapt ce a fost destul de dificil de realizat pentru ea. În loc să definească termenul, pacienta a prezentat tot felul de evenimente din istoria vieții ei când i s-a părut că s-a comportat „ciudat". Ea a fost în continuare solicitată să nu mai utilizeze astfel de termeni a căror semnificație nu-i este clară. Terapeutul a ajutat-o apoi să-și analizeze comportamentul și să se convingă de faptul că nu este nimic în neregulă cu acesta. Într-o etapă ulterioară a terapiei s-a lucrat asupra convingerii că pacienta trebuie să fie totdeauna perfectă, terapeutul ajutând-o să înțeleagă în ce măsură nevoia ei de perfecțiune îi produce o presiune psihologică foarte înaltă și o blochează în activitate.

Alina evita pe cât posibil contactele sociale, de teamă că ar putea să nu se descurce în astfel de situații. Aflată totuși într-o situație psihosocială, pacienta repeta de mai multe ori în gând ceea ce credea ea că ar trebui spus. Pentru a testa eficiența acestei strategii, terapeutul i-a cerut să o aplice în prezența unor persoane necunoscute timp de cinci minute și apoi, timp de alte cinci minute, să se exprime spontan, comportamentul ei fiind înregistrat pe o casetă video. Spre surprinderea ei, pacienta a constatat că atunci când s-a comportat spontan ea a părut mult mai destinsă și mai naturală.

Au fost examinate, de asemenea, și argumentele pro și contra convingerii că toate lucrurile trebuie realizate perfect, precum și relația dintre perfecțiune și comportamentul ciudat. Pacienta a ajuns la concluzia că este mult mai neobișnuit să faci totul perfect decât să nu realizezi acest deziderat. Solicitată fiind să analizeze persoanele pe care le considera normale, ea a trebuit să accepte faptul că acestea comiteau de multe ori erori.

În finalul terapiei, pacienta a ajuns la concluzia că, deși era într-o oarecare măsură diferită de ceilalți, acesta nu era neapărat un lucru rău, ci o determina să fie o persoană mai interesantă. Pacienta a reușit să promoveze examenele de la facultate, să-și găsească un serviciu cu jumătate de normă și să întrețină relații apropiate cu câteva persoane.

Menționăm faptul că la pacienții cu risc psihotic crescut se mai întâlnesc și alte convingeri disfuncționale negative, cum ar fi aceea că nu merită să fie iubiți, că nu au valoare, că sunt persoane rele, vinovate, sau convingeri legate de sentimentul de neajutorare. Aceștia se tem mai mult decât alte categorii de subiecți de respingere sau critică (Morrison et al., 2002).

Combaterea tendințelor de izolare socială

Pacienții cu risc psihotic ridicat au, de regulă, contacte sociale mai reduse, fapt ce îngreunează procesul de descoperire a unor explicații alternative pentru simptomele psihotice. De asemenea, unii dintre aceștia întreține relații cu persoane din aceeași categorie cu ei, care au tendința de a fi de acord cu ideile pacienților în cauză, întărindu-le gândurile și convingerile disfuncționale.

Abilitatea de a genera explicații alternative pentru simptomele psihotice reprezintă un element important în cadrul demersului de stopare a escaladării acestora, și o asemenea abilitate este influențată de factori externi (pacientul trebuie să aibă o persoană cu care să discute despre ceea ce se întâmplă), precum și de dezvoltarea unor mecanisme cognitive (flexibilitatea gândirii, capacitatea de a rezolva probleme, capacități evaluative).

În cazul în care această abilitate este blocată, s-ar putea ca pacientul, stresat de ceea ce i se întâmplă, să tindă să interpreteze experiențele psihopatologice într-un mod disfuncțional, accelerând instalarea tulburării psihotice.

Drept consecință, pacientul va tinde să accentueze comportamentul de automonitorizare (atenție selectivă) direcționat către evenimente externe (citește cu atenție ziarele pentru a descoperi dacă nu scrie ceva despre el) sau interne (își va monitoriza atent toate ideile neobișnuite). De îndată ce un nou eveniment amenințător este detectat datorită automonitorizării excesive, pacientul poate eșua în demersul de a găsi explicații alternative pentru simptomele sale psihotice, lăsându-se prins într-un cerc vicios.

Mai precis, capacitatea diminuată de a genera explicații alternative, precum și reducerea posibilităților externe de verificare conduc la accentuarea tendinței pacientului de a da interpretări inacceptabile simptomelor pe care le trăiește.

Ieșirea din acest cerc vicios presupune construirea, împreună cu terapeutul, a capacității de a furniza explicații alternative, această capacitate fiind facilitată de existența unor prieteni apropiați. Majoritatea pacienților la care apar primele simptome psihotice se tem să le dezvăluie celorlalți de teama unei evaluări negative, a spitalizării și instituirii medicației psihiatrice.

Prezentăm în cele ce urmează un caz în care o tânără pacientă cu risc crescut de a dezvolta o psihoză s-a împrietenit cu o persoană care nu a făcut decât să-i întărească ideile de prejudiciu.

Corina, elevă în clasa a IX-a la un liceu bucureștean, era foarte timidă, retrasă, ea fiind ținta ironiilor colegilor. La un moment dat, Corina s-a apropiat de o altă fată izolată care i-a mărturisit că este spioană și că are numele de cod Maris. Colega i-a spus că deține numeroase identități și i-a arătat niște tăieturi pe braț despre care a afirmat că sunt cicatrice produse în urma torturilor. Corinei i s-a spus că dacă va dezvălui aceste informații viața ei va fi în mare pericol, pentru că rețelele de spionaj vor înregistra tot ce spune sau face ea. După cum era de așteptat, Corina s-a izolat și mai mult, ideile de urmărire s-au accentuat și ea nu a avut curajul să spună părinților ce anume s-a întâmplat.

Confruntat cu astfel de situații, terapeutul va trebui să procedeze astfel:

1. Să explice pacientului în ce măsură procesul de izolare contribuie la menținerea simptomelor psihotice și să-l încurajeze în direcția autodezvăluirilor, asigurându-l că nu va fi spitalizat împotriva voinței sale.

2. Să solicite pacientului să alcătuiască o listă de persoane care ar putea deveni potențiali confidenți. În cazul în care individul și-a pierdut, dintr-un motiv sau altul, rețeaua suportivă, terapeutul va trebui să-l ajute să-și construiască o nouă rețea. I se vor indica locuri posibile unde pacientul poate face cunoștințe, se vor institui jocuri de rol cu feedback video pentru a-l reînvăța pe pacient să inițieze și să întrețină relații sociale.

3. În cazul în care pacientul are relații cu persoane care îi întăresc ideile delirante, terapeutul va trebui să-l dirijeze să găsească alte persoane la care ar putea apela pentru sfaturi.

Prezentare de caz

Magda, o studentă în vârstă de 23 de ani, era convinsă de faptul că apartamentul ei era bântuit de fantome pentru că auzea tot felul de zgomote pe care nu și le putea explica. Terapeutul i-a solicitat să-și împartă cunoștințele și prietenii în două categorii: persoane practice și persoane orientate spiritual; în continuare terapeutul i-a recomandat să apeleze la persoanele practice pentru a fi sfătuită cum să interpreteze fenomenele cu care se confrunta.

Prevenirea recăderilor

Reprezintă un demers obligatoriu în cadrul psihoterapiei cognitiv-comportamentale și presupune realizarea unui rezumat care să cuprindă cele învățate în timpul terapiei, progresele realizate de pacient, precum și situațiile în care acesta trebuie să se adreseze din nou unui serviciu specializat.

În cazul pacienților psihotici, recăderea este precedată de o perioadă prodromală caracterizată prin modificarea dispoziției (de cele mai multe ori în sens negativ), a comportamentului și ideației, stare care se instalează cu aproximativ șase săptămâni înainte de declanșarea episodului psihotic.

La psihotici, în perioada prodromală se înregistrează tensiune psihică accentuată, tulburări ale conduitei alimentare, dificultăți de concentrare a atenției, tulburări de somn, depresie, izolare socială, anxietate, disforie, iritabilitate și suspiciune (Birchwood et al., 1989; Birchwood, 1996).

În cazul în care aceste simptome sunt identificate în timp util se poate institui tratamentul adecvat care va conduce la prevenirea recăderii. Studiile clinice au evidențiat faptul că în această fază intervențiile psihologice au un rol hotărâtor.

French și Morrison (2004) sunt de părere că cea mai eficientă modalitate de a reduce șansele ca o problemă simptom să reapară în viitor constă în a-l ajuta pe pacient să învețe ceva din cele petrecute și din modul în care a ieșit din situație, în loc să pretindă că nu s-a întâmplat nimic. Pentru a realiza acest lucru terapeutul va consacra una sau două ședințe de psihoterapie explicării cauzelor tulburărilor de care suferă pacientul.

Pacientul trebuie să renunțe la convingerea că respectiva situație nu se va mai repeta în niciun caz și s-o substituie cu una mai realistă: „Acest lucru mi se poate întâmpla din nou, dar acum dispun de unele strategii de a face față situației, strategii care s-au dovedit eficiente în trecut".

În rezumat, demersul psihoterapeutic trebuie să cuprindă:

- informații cu privire la motivele apariției și menținerii simptomelor și dificultăților;
- formularea problemei în termenii terapiei cognitiv-comportamentale;

- strategiile de evaluare și modificare a gândurilor negative și convingerilor disfuncționale;
- modalități de generare și verificare a unor explicații alternative pentru simptomele psihotice;
- procedee de contraargumentare;
- rezultatele unor experimente realizate în plan comportamental;
- lista unor persoane de contact;
- lista situațiilor când este cazul ca pacientul să ceară din nou ajutor unor persoane calificate.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

XII
Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul crizelor psihologice

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul crizelor psihologice apărute la copii și adolescenți

Castro-Blanco (2000) subliniază faptul că în perioada de vârstă cuprinsă între 6 și 10 ani, copiii și adolescenții își petrec o mare parte a timpului în școală sau pregătindu-și lecțiile. Școala este mediul în care se produce, în cea mai mare măsură, dezvoltarea cognitivă, emoțională, socială, precum și formarea și structurarea personalității subiectului. În aceste condiții, nu este de mirare că majoritatea crizelor psihologice prin care trec copiii și adolescenții se petrec în școală, au legătură cu școala sau sunt depistate în școală, de către profesori sau consilierii școlari. Studiile clinice au evidențiat faptul că suicidul reprezintă a treia cauză a mortalității adolescenților de 15 ani (Blumenthal, 1990) și a patra în rândul celor de 14 și mai tineri (date ale Centrului American pentru Controlul și Prevenirea Îmbolnăvirilor, 1997, apud Castro-Blanco, 2000, p. 273).

De asemenea, comportamentele violente și tulburările asociate cu acestea, precum și abuzul de substanțe reprezintă principalele motive serioase pentru care copiii și adolescenții sunt luați în evidență de cabinetele de psihiatrie sau psihoterapie (Bird, 1996; Kandel et al., 1996). O altă posibilă cauză a crizelor psihologice la copii și adolescenți o reprezintă expunerea la scene de violență, expunere care poate genera ulterior comportamente antisociale (Schwab-Stone et al., 1999).

O serie de probleme ce țin de rezultatele școlare scăzute sau de tulburările de comportament pot avea drept cauză și anumite tulburări

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

psihopatologice nediagnosticate (Jensen și Watanabe, 1999). Deși între stilul de gândire al adulților și cel al copilului sau adolescentului există deosebiri (frecvența mai ridicată a gândirii de tip dihotomic, a tendințelor de catastrofizare sau de apreciere idealizată si mai puțin realistă a situațiilor de viață, considerate patologice la adult și relativ firești la copil și adolescent), aceasta nu înseamnă că demersul terapeutic cognitiv-comportamental nu dă rezultate foarte bune și cu aceste categorii de subiecți.

Terapeutul va trebui însă să-și structureze demersul ținând seama de prezența acestor particularități ale stilului cognitiv specific copiilor și adolescenților.

Menționăm, în cele ce urmează, câteva dintre strategiile cognitiv-comportamentale utilizate în terapia copiilor și adolescenților cu probleme.

1. Verificarea semnificației termenilor

Copiii și adolescenții pot să utilizeze frecvent termeni folosiți de către adulți, cărora le conferă o altă semnificație sau pot utiliza termeni argotici, al căror sens este înțeles de subiecți din aceeași categorie de vârstă și mai puțin de adulți. Deși întrebările directe referitoare la sensul unor termeni pot fi plictisitoare pentru copii și adolescenți, acestea reprezintă însă cel mai eficient mijloc prin care terapeutul se va asigura de faptul că a înțeles despre ce este vorba.

În felul acesta terapeutul va evita riscul de a considera de la sine înțeles faptul că modul în care definește el situația problematică coincide cu cel al pacientului. Trebuie subliniat faptul că utilizarea metodei dialogului socratic pentru a infirma gândurile negative cu caracter absolutist este greu de aplicat la copii și adolescenți, fiind chiar contraindicată la cei cu comportament agresiv, care o pot considera drept provocare, aceasta putând conduce la accentuarea agresivității (Corneli și Lopez, 1998).

În general, atacarea modului dihotomic de gândire („alb-negru", „totul sau nimic") va fi realizată cu prudență la această categorie de subiecți la care stilul absolutist de gândire este specific stadiului de dezvoltare și nu are un caracter evident patologic ca la adulți. Astfel, contraargumentarea unui gând negativ de tipul „nimeni nu mă iubește" sau „nimănui nu îi pasă de mine" va avea mai puțin succes dacă terapeutul va face afirmații de genul: „mulți oameni te iubesc" sau „acest lucru nu este adevărat".

O manieră mai eficientă de abordare a unei astfel de situații ar putea fi parafrazarea celor afirmate de adolescent sub forma unei întrebări: „Chiar nimeni, nimeni din lumea asta nu ține la tine?". Procedând astfel, terapeutul îl va determina pe copil sau adolescent să modifice treptat intensitatea cu care nutrește convingerea respectivă. Întrebările terapeutice vor trebui să aibă drept scop identificarea unor excepții de la regulile absolutiste formulate de clientul copil sau adolescent.

2. Reatribuirea

Prin intermediul atribuirii subiectul caută să identifice cauzele diverselor evenimente, realizând o oarecare ordine subiectivă în lumea haotică. Deoarece reprezintă judecăți cu caracter subiectiv, atribuirile sunt frecvent supuse erorii și au drept rezultat concepții greșite în legătură cu motivele acțiunilor celorlalți, referitoare la cât de sigură sau dreaptă este lumea externă sau la eseurile și succesele unui individ.

Adesea copiii și adolescenții manifestă tendința de a-și atribui întreaga responsabilitate pentru producerea unor evenimente cu conținut negativ, evenimente pentru care au o responsabilitate redusă sau niciun fel de responsabilitate. Astfel de atribuiri se bazează pe convingerile disfuncționale legate de faptul că sunt inadecvați sau lipsiți de noroc, convingeri întărite de evenimente negative exterioare. Prin intermediul unor întrebări atent formulate, terapeutul îl va determina pe copil sau adolescent să conștientizeze faptul că are un control limitat asupra evenimentelor vieții.

Renunțând la a-și asuma o responsabilitate prea mare sau dimpotrivă, prea redusă, clientul va învăța să evalueze mai corect lumea externă, pe ceilalți și propria persoană, reducându-se astfel frecvența și intensitatea sentimentelor de mânie, culpabilitate sau autodevalorizare.

3. Contraargumentarea

Terapeutul care lucrează cu copii sau adolescenți trebuie să fie foarte atent atunci când utilizează metoda contraargumentării prin intermediul dialogului socratic pentru a infirma gândurile și convingerile negative disfuncționale, pentru că acești clienți sunt excesiv de sensibili la contrazicere și pot considera că sunt blamați pentru că nutresc gânduri negative. Aceștia pot considera că terapeutul

nu aduce contraargumente unor gânduri, ci îi critică în calitate de persoane.

4. Barometrul stărilor afective (Castro-Blanco, 2000)

Este rezultatul adaptării Scalei Subiective a Disconfortului (Subjective Units of Disconfort Scale — SUDS; Wolpe, 1969) și presupune solicitarea ca cel testat să-și noteze stările emoționale legate de o situație pe o scară de la 0 la 100, în care 0 înseamnă calm și relaxant, iar 100 „sunt la punctul de fierbere!" Utilizarea acestei tehnici scutește copilul sau adolescentul de dificultatea de a găsi adjective potrivite care să-i exprime corect stările afective.

Barometrul stărilor afective le permite subiecților să asocieze emoțiile cu anumite evenimente externe. Acest element este important deoarece rareori copiii și adolescenții sunt conștienți de rolul evenimentului extern în generarea stării emoționale, precum și pentru că se poate demonstra mai ușor faptul că stările afective se pot modifica odată cu schimbarea situației. În felul acesta este infirmată convingerea disfuncțională că o anumită situație sau o stare afectivă negativă va dura la nesfârșit.

Barometrul stărilor afective îl poate ajuta pe terapeut în depistarea precoce a unor stări emoționale negative, contribuind astfel la prevenirea unor situații de criză, deoarece mulți copii sau adolescenți care declanșează comportamente care le pun viața în pericol afirmă că s-au trezit în plină criză fără a avea niciun fel de simptome sau antecedente.

Terapeutul consilier care lucrează cu această categorie de subiecți trebuie să-i ajute să conștientizeze următoarele aspecte (Castro-Blanco, 2000, p. 279):

- crizele psihologice apar rareori din senin;
- o criză psihologică reprezintă efectul unui lanț de evenimente;
- semnele premonitorii ale crizei există, dar sunt adesea trecute cu vederea;
- automonitorizarea îl poate ajuta pe copil să obțină feedbackuri referitoare la stările sale emoționale care apar ca o consecință a unor situații;
- monitorizarea stărilor afective face posibilă detectarea precoce a simptomelor unei crize psihologice;
- conștientizând simptomele unei posibile stări de criză, clientul poate solicita sprijin pentru depășirea acesteia.

Tipurile de reacții la situația de criză psihologică

1. Suicidul

Kruesi et al. (1999); Spirito, Brown, Overholster și Fritz (1990) subliniază faptul că în ultimii 25 de ani incidența suicidului în rândul adolescenților s-a triplat.

Sinuciderea unui elev reprezintă o experiență deosebit de traumatizantă pentru ceilalți copii, rude, dar și pentru personalul didactic din școală. Într-o astfel de situație, psihologul clinician își va propune să ajute adulții și copiii rămași în viață să facă față situației, precum și să prevină contagiunea fenomenului suicidar, evitând valorizarea persoanei dispărute sau a actului suicidar. Dacă tentativele de suicid la copii și adolescenți nu au o frecvență prea mare, în schimb ideile și intențiile suicidare sunt mult mai frecvente (Shaffer et al., 1988). Terapeutul care lucrează cu un copil sau adolescent cu potențial suicidar va trebui să investigheze prioritar această problematică, tehnica întrebărilor directe fiind cea mai indicată (Kruesi et al., 1999). Printre factorii de risc cei mai importanți se numără alte tentative de suicid în antecedente, precum și prezența în anturajul apropiat a unor rude sau prieteni care au avut astfel de tentative.

În cazul detectării unui astfel de risc, terapeutul va trebui să aibă o intervenție directă care să vizeze calmarea clientului, anunțarea adulților care sunt acasă și contactarea unui serviciu de urgență specializat în probleme de pediatrie și psihiatrie.

2. Depresia

Deși un procent redus de adolescenți cu tentative de suicid suferă de depresie în timpul tentativei (Shaffer et al., 1988), incidența depresiei este ridicată în rândul acestei categorii de subiecți (Lewisohn, Clarke, Seeley și Rohde, 1994). Variabile de tip cognitiv cum ar fi pesimismul, autoaprecierile cu conținut negativ și deficitul în ceea ce privește repertoriul strategiilor de a face față cerințelor vieții reprezintă predictori pentru posibilitatea apariției unor episoade depresive în viitor.

Tehnicile psihoterapiei cognitiv-comportamentale s-au dovedit deosebit de eficiente în tratamentul și prevenirea tulburărilor depresive la adolescenți.

Studii de acest tip au realizat Rotheram-Barus et al. (1994), Brent et al. (1993; 1996), Miller (1999) și Moreau, Weissman și Klerman (1993).

Intervenția terapeutică în cazul unei crize depresive implică detectarea potențialului suicidar, precum și a planurilor concrete de realizare a actului de autoliză (suicid). Utilizarea barometrului stărilor afective, precum și a jurnalelor personale îl va ajuta pe adolescent să realizeze conexiunea dintre stările afective negative, situații, gândurile și convingerile cu caracter disfuncțional și acțiunile care decurg din acestea.

3. Mânia și agresivitatea

Copiii și adolescenții care suferă de tulburări de comportament sau sunt hiperkinetici prezintă un deficit al abilităților de rezolvare a problemelor sociale (Matthys, Cuperus și VanEngland, 1999) și declanșează adesea și comportamente agresive în plan verbal și fizic (Kazdin, 1997). Mânia și ostilitatea joacă un rol important în declanșarea comportamentelor agresive, aceste stări afective putând fi cu ușurință evidențiate cu ajutorul Barometrului sentimentelor.

Brestan și Eyberg (1998) au comparat mai multe studii realizate cu ajutorul unor programe de psihoterapie aplicate la adolescenți cu tulburări de comportament și au constatat faptul că modelul cognitiv-comportamental dă cele mai bune rezultate în tratamentul acestor subiecți.

Intervenția în situația de criză trebuie să vizeze riscul imediat de producere a unei acțiuni agresive. Ca și în cazul riscului suicidar, intervievarea directă în legătură cu intențiile sau ideile cu conținut agresiv reprezintă strategia cea mai eficientă.

Tehnicile cognitiv-comportamentale menite să-l ajute pe client să realizeze faptul că dispune și de alte opțiuni în afară de acțiunile agresive, automonitorizarea, achiziționarea unor deprinderi de a face față unor probleme sociale, precum și învățarea unor metode de autoreglare a comportamentului pot fi aplicate cu succes la copiii și adolescenții agresivi.

4. Tulburările anxioase

Beidel, Turner și Morris (1999) subliniază faptul că un număr mare de copii și adolescenți suferă de fobie socială sau de tulburare de personalitate evitantă, acești subiecți având abilități sociale mai reduse comparativ cu cei din lotul de control. Efectele anxietății sociale se manifestă frecvent sub forma fobiei școlare.

BCU "SPIRU HARET" UNIVERSITY LIBRARY

Copiii și adolescenții care suferă de această tulburare nu refuză să frecventeze școala din motive de opoziționism, pentru a evita cerințele impuse de școală sau pentru că preferă alte activități, ci din cauza fricii de evaluare, aceștia rămânând de cele mai multe ori acasă cu complicitatea tacită a familiei. Marea majoritate a acestora fac parte din categoria subiecților ale căror familii nu insistă asupra unor activități recreaționale realizate în afara locuinței.

Din acest motiv, pe lângă tehnicile cognitiv-comportamentale de modificare a stilului de gândire este necesar să se aplice și terapia de familie, menită să stopeze implicarea membrilor familiei în menținerea tulburării.

Studiu de caz

Cosmin are 15 ani și este elev în clasa a IX-a la un cunoscut liceu bucureștean. Clientul locuiește împreună cu părinții și sora sa, în vârstă de 11 ani. Acesta a fost adus la cabinetul de psihoterapie din cauza refuzului de a mai merge la școală. Tulburarea a debutat în luna noiembrie, după ce Cosmin a suferit o indigestie în urma unui consum excesiv de arahide.

Clientul a relatat că a început să fie preocupat de starea sa de sănătate după ce s-a mutat împreună cu părinții în alt cartier și a schimbat școala. Copilul și-a vizitat o mătușă vârstnică în vechiul cartier, a mâncat chiftele oferite de aceasta, i s-a făcut rău și a vomitat. Începând de atunci Cosmin a început să vomite frecvent atât acasă, cât și în afara casei, acuzând în același timp dureri abdominale și diaree. Clientul a început să se teamă tot mai mult de faptul că i se va face rău, va vomita în public și se va face de râs în fața colegilor.

Simptomele s-au accentuat foarte mult după examenul de capacitate, unde a luat o medie ceva mai mică decât se aștepta și în urma căreia nu a fost distribuit la clasa de informatică pe care și-a dorit-o.

Cosmin a lipsit destul de mult de la școală atât în clasa a VIII-a, cât și la începutul clasei a IX-a, performanțele sale scăzând simțitor. De multe ori, acesta pleca spre școală, dar se întorcea din drum ori se simțea rău la școală și cerea permisiunea de a pleca acasă.

În ultimul timp Cosmin a refuzat să mai plece de acasă de teama că i se va face rău la școală sau în autobuz. Pacientul a venit la psihoterapeut însoțit de mama sa care, deși își făcea griji că fiul ar putea rămâne repetent, considera că refuzul acestuia de a merge la școală era justificat.

Teama de a frecventa locuri publice, stările de panică și tendința de a părăsi aceste locuri, precum și teama că se va face de râs în public au determinat ca psihiatrul de la policlinica de copii să oscileze între diagnosticul de agorafobie cu atacuri de panică și cel de fobie socială. Cu toate acestea, problema cea mai acută era refuzul

de a frecventa școala, aceasta reprezentând o prioritate în cadrul obiectivelor terapiei. Psihoterapeutul și-a propus inițial să identifice factorii declanșatori ai anxietății.

Cosmin a identificat gânduri negative automate legate de teama de îmbolnăvire și de pierderea autocontrolului. Barometrul stărilor afective i-a permis să detecteze mai ușor nivelul de activare emoțională și să stabilească interacțiunile dintre gânduri, stări afective, situații și reacții în plan comportamental. În cazul acestui subiect au fost utilizate tehnici de contraargumentare pentru a combate gândurile legate de îmbolnăvire și de teama că se va face de râs în public. Terapeutul a insistat pe blocarea generalizării reacției anxioase și la alte locuri unde nu i s-a făcut rău niciodată (la școală, în mijloacele de transport în comun).

Cosmin a fost îndrumat să utilizeze Barometrul stărilor afective în diverse situații de viață pentru a detecta nivelul anxietății. Ulterior acesta și-a însușit o tehnică simplă de relaxare cu respirație controlată, tehnică pe care trebuia să o utilizeze ori de câte ori simțea că ceva nu este bine. Părinții au fost instruiți să se opună refuzului de a merge la școală și să negocieze soluții mai eficiente. De asemenea, părinților li s-a sugerat să-i acorde sprijin copilului pentru ca acesta să se pună la punct cu programa școlară prin intermediul unor lecții particulare.

Într-o etapă mai avansată a terapiei au fost abordate gândurile și convingerile negative legate de posibilitatea îmbolnăvirii. După ce pacientul a început să frecventeze cu regularitate școala, terapeutul a recomandat și un program de exerciții fizice de întreținere.

Consilierea și terapia crizelor specifice vârstei înaintate

Helen M. DeVries și Dollores Gallagher-Thompson (2000) subliniază că datele demografice arată faptul că segmentul de populație de peste 75 de ani este în continuă creștere, mai ales în țările industrializate. Autoarele menționate consideră că această categorie de subiecți se confruntă cu aceleași probleme ca și generațiile mai tinere, deși există diferențe în ceea ce privește nivelul de educație, starea sănătății, statutul economic și dimensiunile experiențelor de viață.

Gerontologii împart vârsta înaintată în trei grupe: vârstnici tineri (între 65 și 75 de ani), vârstnici (între 75 și 85 de ani) și vârstnici bătrâni de peste 85 de ani.

Autoarele menționate (Vries și Gallagher-Thompson, 2000) sunt de părere că mai ales persoanele trecute de 70 de ani sunt mai puțin familiarizate cu serviciile psihologice și din acest motiv ajung, de cele mai multe ori, destul de târziu la psihoterapie, atunci când sunt deja depășite de probleme.

Crizele psihologice prin care trec vârstnicii au la bază o combinație între factori ce țin de procesul de îmbătrânire și stresul vieții cotidiene (Duffy și Iscoe, 1990; Kirsling, 1986; Wilson și Schultz, 1983).

Reese și Smyer (1983) și Vanden Bos (1998) au identificat mai multe categorii de factori stresanți:

- factori biologici (deficiențe fizice și senzoriale, îmbolnăviri);
- factori de mediu (pensionarea, pierderea veniturilor, modificări în ceea ce privește locuința sau condițiile de viață);
- factori psihologici (scăderea abilităților cognitive, pierderi, doliu);
- factori socioculturali (modificarea statutului și rolului social).

Acești factori stresanți acționează adesea simultan sau într-o succesiune rapidă, fapt ce limitează posibilitățile adaptative ale clienților. De asemenea, persoanele vârstnice dispun de resurse adaptative mai reduse în plan economic, fiziologic, psihologic și social, atunci când se confruntă cu o situație de criză (Wilson și Schultz, 1983). Deși evenimentele stresante acționează ca variabile precipitatoare, trăirea subiectivă a individului este cea care ne indică faptul că avem de-a face cu o criză psihologică, aceasta reflectând de fapt modalitatea în care factorii stresanți sunt percepuți de subiect. Astfel, în cadrul teoriei neajutorării dobândite a lui Seligman (apud DeVries și Gallagher-Thompson, 2000, p. 197), criza psihologică este definită ca reprezentând „experiența psihologică de pierdere a controlului, neajutorare și incapacitatea percepută de a face față situației".

Criza psihologică a vârstei înaintate nu reprezintă un fenomen inevitabil, ea fiind mai curând rezultatul interacțiunii dintre factorii stresanți și modul în care îi percepe individul. O importanță deosebită trebuie acordată depistării precoce a situațiilor de criză psihologică și mai ales a persoanelor cu risc suicidar, cunoscut fiind faptul că un sfert din numărul sinuciderilor se înregistrează la subiecții trecuți de 60 de ani (Richardson, Lowenstein și Weissberg, 1989). Mai mult, frecvența sinuciderilor a crescut în Statele Unite cu 36% în 1992 comparativ cu anul 1980 (datele aparțin Centrului American de Prevenire și Control al Îmbolnăvirilor, 1996).

Conwell et al. (1998) subliniază, la rândul lor, faptul că vârstnicii sunt mai înclinați decât alte categorii de subiecți să elaboreze planuri autodistructive, prezentând în același timp mai puține semnale de avertizare cu privire la intențiile suicidare.

De asemenea, se constată o incidență crescută a sinuciderilor „silențioase" în rândul vârstnicilor care decid să moară de inaniție sau din cauza non-complianței la tratamente medicale (Simon, 1989).

Vârsta înaintată nu reprezintă un predictor suficient pentru conduita suicidară. Aceasta are drept cauză un cumul de factori dintre care menționăm: depresia, izolarea socială, pierderile, bolile somatice sau psihice, precum și tentative de suicid în antecedente (Cromwell, 1997). La aceștia se adaugă și alți factori care pot determina la rândul lor o creștere a incidenței suicidului la vârsta înaintată (Blazer, 1991): vârsta, originea etnică, statutul economic, cel marital, bolile psihice, tentative anterioare de suicid, precum și unii factori de natură demografică. Astfel, frecvența suicidului este mult mai mare în rândul bărbaților trecuți de 65 de ani comparativ cu femeile de aceeași vârstă. Cunoașterea acestor factori de risc reprezintă primul pas în cadrul intervenței în cazurile de criză la vârsta înaintată.

Evaluarea

Diagnosticarea crizelor psihologice specifice vârstei înaintate este dificilă deoarece clienții ezită să se adreseze unor cabinete de psihiatrie sau psihologie, pe primul plan situându-se la acești subiecți simptomele somatice. Studiile clinice au evidențiat faptul că un număr mare de vârstnici care au comis tentative de suicid s-au adresat medicului de medicină generală cu o lună înainte de comiterea actului suicidar (Liptzin, 1991). De asemenea, numeroși vârstnici preferă să se adreseze preoților atunci când au probleme personale (Weaver și Koening, 1996).

Din acest motiv este indicat ca atât medicii de familie, cât și clericii să fie sensibilizați în legătură cu posibilitatea existenței unei boli psihice la această categorie de clienți și să caute, în același timp, să obțină cât mai multe informații cu privire la evenimentele stresante care apar în viața vârstnicilor. Semnele clinice ale unei posibile crize ar putea fi sentimentul de pierdere a controlului, precum și incapacitatea de a face față situației.

Factorii de risc ce contribuie la declanșarea unei crize psihologice sunt: depresia, doliul cu complicații, abuzul de alcool sau medicamen-

te, scăderea nivelului funcțiilor cognitive, boli cronice severe, precum și modificări în ceea ce privește statutul social sau dinamica familiei.

Depresia

Deși majoritatea vârstnicilor prezintă unele simptome depresive, marea majoritate a subiecților nu suferă de depresie în adevăratul sens al cuvântului (Gallagher și Thompson, 1983).

Studiile indică faptul că incidența depresiei este mai mare în rândul femeilor comparativ cu bărbații atât la vârstă tânără, cât și la vârstă mai înaintată, în timp ce la bărbați depresia majoră apare mai frecvent între 55 și 64 de ani (Leaf et al., 1988). Episoadele depresive majore care debutează în jurul vârstei de 60 de ani sau mai târziu intră în categoria depresiilor vârstei înaintate.

Koening și Blazer (1992) sunt de părere că aceste depresii sunt datorate într-o mai mică măsură unor factori genetici și într-o măsură mai mare unora de natură situațională sau unor factori biologici legați de prezența unor boli organice grave. Aceste precizări sunt importante atât pentru evaluarea depresiei, cât și pentru tratamentul acesteia.

Așa cum am mai subliniat, prevalența simptomelor depresive cu coloratură somatică este mai mare la vârstnici, ceea ce îi determină să solicite ajutor mai ales de la medicii de familie sau de la medicii specialiști în alte domenii decât cel al psihiatriei.

În același timp, vârstnicii prezintă mai frecvent apatie sau agitație, dificultăți de concentrare a atenției sau de memorie, tendință de retragere, petrec mult timp în pat și se neglijează sub aspect fizic, în timp ce disforia și ideile delirante de culpabilitate sau de autoliză (suicid) sunt ceva mai puțin frecvente decât la pacienții mai tineri (Kasl-Godley, Gatz și Fiske, 1998; Koening și Blazer, 1992; Cavanaugh, 1990). Evaluarea simptomelor depresive se realizează mai mult prin intermediul interviului clinic, scalele de depresie fiind saturate în itemi care se referă la simptome somatice, element care nu este relevant la clienții vârstnici.

Excepție face Scala Geriatrică de Depresie (GDS) elaborată de Yesavage și colaboratorii (1983), care este focalizată prioritar asupra unor simptome psihologice ale depresiei.

Doliul cu implicații

Pierderile multiple și mai ales pierderea partenerului de viață combinată cu efectele procesului de îmbătrânire reprezintă un important

factor de risc pentru declanşarea crizei psihologice la vârstnici. Studiile clinice au demonstrat faptul că rata suicidului este mai ridicată la pacienţi divorţaţi sau văduvi, comparativ cu cei căsătoriţi (Blazer, 1991). Alte cercetări au evidenţiat faptul că deşi mulţi vârstnici fac faţă stresului pierderii partenerului de viaţă, efectele în plan cognitiv şi emoţional ale acestei traume pot să se întindă pe o durată de la doi până la şapte ani (Lund, 1989; Thompson, Gallagher-Thompson, Futterman şi Peterson, 1991).

Aceiaşi autori subliniază şi faptul că un risc mai ridicat de a declanşa o criză apare la vârstnicii care continuă să prezinte simptome de stres timp de unu până la doi ani de la decesul partenerului.

S-a demonstrat de asemenea şi faptul că un nivel scăzut al resurselor interioare cum ar fi independenţa, autoeficienţa sau autostima potenţează deficitul de adaptare la pierdere şi riscul de declanşare a unei crize patologice (Lund, 1989). În astfel de situaţii, psihoterapeutul trebuie să fie capabil să realizeze distincţia dintre simptomele normale ale reacţiei de doliu şi cele ale unei reacţii de tip depresiv.

Breckenridge, Gallagher, Thompson şi Peterson (1986) au comparat profilurile psihologice obţinute în urma aplicării Inventarului de depresie Beck (B.D.I. — Beck, Ward, Mendelson, Mock şi Erbaugh, 1961) la pacienţii care nu şi-au pierdut partenerul de viaţă şi la cei aflaţi în doliu după acesta, şi au constatat că aceştia din urmă prezentau mai frecvent simptome cum ar fi: plâns, insatisfacţie legată de propria persoană şi numeroase simptome somatice.

De asemenea, simptome cum ar fi sentimentele de culpabilitate sau cele legate de eşecul subiectului ca persoană nu apăreau la clienţi cu reacţie normală de doliu, acestea fiind mai curând simptome depresive care trebuie abordate ca atare (DeVries şi Gallagher-Thompson, 2000).

Consumul de alcool sau medicamente

Numărul mare de medicamente prescrise pentru diverse afecţiuni, interacţiunile dintre acestea, efectele lor secundare, precum şi recurgerea la alcool pentru a face faţă stresului sporesc riscul dependenţelor sau abuzului de substanţe. Datele statistice relevă faptul că în rândul populaţiei anglo-saxone aproximativ 10% dintre adulţii vârstnici au probleme din cauza abuzului de substanţe (Kemp, Brummel-Smith şi Ramsdell, 1990), incidenţa acestor probleme fiind mai ridicată la bărbaţi comparativ cu femeile. De asemenea, Freund (1984) a constatat

faptul că la bărbații văduvi vârstnici incidența alcoolismului atinge cotele cele mai ridicate. În același timp, detectarea consumului abuziv de alcool la vârstnici este mai dificil de realizat deoarece aceștia nu trebuie să se conformeze unor cerințe sociale riguroase, manifestă tendința de a se izola, consumând alcool mai mult acasă decât în locuri publice.

Aceștia consumă într-o măsură mult mai redusă droguri, ei utilizând în schimb medicamente prescrise de medici, riscul constând în faptul că abuzul de alcool sau/și de medicamente poate conduce la depresie, îmbolnăviri, accidente și deteriorare în plan cognitiv.

Pentru a evalua corect problema abuzului de substanțe la vârstnici, terapeutul va trebui să se informeze dacă medicația a fost corect prescrisă și monitorizată de medicul de familie, pentru a se evita efectele secundare și interacțiunile, și dacă pacientul vârstnic are capacitatea de a utiliza fără supraveghere o medicație mai complexă.

De asemenea, pentru că alcoolul se metabolizează în mod diferit la persoanele vârstnice, chiar și o cantitate redusă de alcool le poate crea probleme (Lamy, 1988; Shimp și Ascione, 1988). La acestea se adaugă și reticența pacienților de a declara deschis consumul, mai ales când este vorba de alcool.

Deteriorarea cognitivă

Deteriorarea cognitivă nu reprezintă o consecință firească a procesului de îmbătrânire normală. Studiile clinice au demonstrat faptul că inteligența și memoria nu se alterează odată cu vârsta, modificările constatate ținând mai ales de un anumit grad de selectivitate a funcțiilor cognitive.

În cazul în care apar simptome de deteriorare cognitivă, acestea sunt, de regulă, consecința instalării unei demențe, a unor boli somatice, a accidentelor vasculare, a efectelor toxice ale unor substanțe sau a depresiei. Davies (1988) subliniază faptul că 15% din populație suferă de o formă de demență care, din fericire, este tratabilă dacă este corect diagnosticată.

Cu toate acestea, mulți vârstnici care au probleme cu memoria sau cu alte funcții cognitive consideră că problema lor are un caracter ireversibil și devin anxioși, deprimați și lipsiți de speranță din acest motiv. Teama de demență îi împiedică pe mulți dintre ei să solicite un diagnostic și o formă de tratament pentru astfel de probleme. Trebuie subliniat și faptul că diagnosticarea exactă a unei demențe, cum ar fi

de pildă maladia Alzheimer, poate genera declanşarea unei crize pentru pacient şi mai ales pentru familia acestuia.

Maladiile cronice

Aproximativ 80–85% dintre vârstnici suferă de boli cronice cum ar fi artritele, diabetul, hipertensiunea arterială, dificultăţi respiratorii, probleme cardiace etc., afecţiuni ce nu pot fi vindecate şi care le produc un anumit nivel de handicap (Cavanaugh, 1990; Knight, 1996).

Din cauza bolii, pacienţii trebuie să se adapteze permanent prescripţiilor medicale restrictive, limitării capacităţii de efort sau să facă faţă durerilor cronice. Aceste solicitări generează stres, epuizează resursele adaptative şi afectează sentimentul valorii personale, precum şi capacitatea de autocontrol.

Din acest motiv, evaluarea corectă a convingerilor persoanei cu privire la modificarea imaginii corporale, a nivelului de competenţă şi a sentimentelor legate de eul propriu este foarte importantă în apariţia riscului declanşării unor crize psihologice.

Persoanele care nutresc gânduri şi convingeri negative referitoare la capacitatea lor de a face faţă bolii sunt mai înclinate să dezvolte simptome depresive. De altfel, depresia este mult mai răspândită în cadrul populaţiei spitalizate pentru boli grave decât în rândul persoanelor considerate sănătoase (Knight, 1996). Datele de cercetare atestă şi faptul că la vârstnicii suferind de boli cronice ideile legate de suicid ţin mai mult de depresie decât de prezenţa bolii ca atare (Lindesay, 1991).

Un alt factor de risc prezent la vârstnicii suferinzi de boli somatice constă în incapacitatea accentuată care ţine de existenţa factorilor psihologici (depresie, anxietate); aceştia nu fac decât să exacerbeze handicapul impus de condiţia medicală. Astfel, un pacient care suferă de cardiopatie ischemică poate renunţa total la exerciţii fizice din cauza anxietăţii.

Modificări în ceea ce priveşte rolurile sociale şi dinamica familiei

Familiile evoluează, de regulă, conform unei dinamici cunoscute: fără copii, cu copii preşcolari, şcolari, adolescenţi, adulţi, nepoţi.

Adulţii vârstnici trebuie să se adapteze multiplelor modificări de roluri şi responsabilităţi. Mai mult, studiile au evidenţiat faptul că, după vârsta de 85 de ani, 60% dintre subiecţi suferă de multiple in-

capacități care presupun asistență medicală și contacte mai frecvente cu familia (Zarit, Davey, Edwards, Femia și Jorott, 1998).

Pensionarea, pierderea partenerului de viață, distanța față de copiii adulți sau boala somatică reprezintă exemple de modificări de roluri sau de dinamică a familiei. Deși studiile au demonstrat faptul că majoritatea vârstnicilor preferă să trăiască independent de copii, dificultățile financiare sau bolile cronice îi forțează adesea să locuiască împreună cu aceștia. Situația se complică și mai mult în cazul în care în familia copiilor au loc divorțuri și recăsătoriri.

Diferențele de mentalitate dintre generații pot conduce la conflicte atunci când se renegociază noile roluri și responsabilități din cadrul familiei. Astfel, părinții se simt frustrați dacă au impresia că reprezintă o povară pentru copiii lor, în timp ce aceștia, la rândul lor, pot trăi sentimente de depresie, ostilitate sau culpabilitate legate de faptul că sunt siliți să-și îngrijească părinții vârstnici. La acești factori stresanți se pot adăuga și rivalitățile dintre frații care sunt puși în situația de a împărți responsabilitatea îngrijirii unui părinte vârstnic. De asemenea, multe familii care au funcționat foarte bine ani de-a rândul pot fi bulversate de boala gravă sau invaliditatea unuia dintre soții vârstnici. Criza psihologică poate fi declanșată și de teama sau de situația în care vârstnicul este abandonat și plasat într-un azil.

Psihoterapeutul va trebui să investigheze și posibilitatea comiterii unor abuzuri asupra vârstnicilor, abuzuri care se pot referi la violență verbală și fizică sau neglijare și care se întâlnesc, din păcate, în toate mediile sociale. Probabilitatea apariției abuzurilor crește atunci când persoana vârstnică are probleme somatice, emoționale sau cognitive (Asociația Psihologilor Americani, 1997).

Consilierea și psihoterapia cognitiv-comportamentală la vârstnici

Datele de cercetare au evidențiat faptul că psihoterapia, mai ales în varianta ei cognitiv-comportamentală, este la fel de eficientă în tratarea depresiei și a altor tulburări ale dispoziției la vârstnici, ca și la tineri (Engels și Verney, 1997; Gallagher-Thompson, 1992; Gallagher-Thompson și Thompson, 1995; Scogin și McElreath, 1994). Mai mult, psihoterapia poate fi utilă și vârstnicilor cărora le sunt contraindicate medicamentele antidepresive sau anxiolitice din cauza unor boli somatice.

Thompson și Gallagher-Thompson (1991) au comparat trei loturi de pacienți depresivi vârstnici, unii fiind tratați prin intermediul medicației antidepresive, iar ultimii cu o combinație de antidepresive și tehnici terapeutice cognitiv-comportamentale. Rezultatele au evidențiat faptul că terapia cognitiv-comportamentală singură a avut rezultate la fel de bune ca și terapia combinată, în timp ce utilizarea medicației antidepresive a dat rezultate mult mai slabe.

După cum se știe, psihoterapia cognitiv-comportamentală utilizează o varietate de strategii dintre care menționăm: identificarea și conștientizarea gândurilor negative disfuncționale, strângerea de dovezi care să le infirme veridicitatea și înlocuirea acestora cu gânduri și convingeri alternative mai raționale. La acestea se adaugă tehnici de monitorizare a nivelului și calității dispoziției afective, identificarea și creșterea frecvenței unor activități agreabile și tehnici de relaxare fizică și psihică.

În cazul clienților vârstnici trebuie pus un accent mai mare pe socializare și pe construirea alianței terapeutice, ținând seama de faptul că vârstnicii nutresc gânduri negative legate de o posibilă schimbare și se tem să urmeze un tratament psihiatric sau psihologic de teama de a nu fi considerați „nebuni".

De asemenea, această categorie de clienți nu are sau are o experiență redusă în ceea ce privește psihoterapia, aceștia neștiind cum să se comporte și ce să aștepte de la psihoterapie.

În cazul în care avem de-a face cu o situație de criză, perioada de spitalizare va trebui redusă cât mai mult pentru ca tratamentul specific să înceapă cât mai rapid. DeVries și Gallagher-Thompson (2000) propun un model de psihoterapie cognitiv-comportamentală pentru situații de criză a vârstnicilor care să cuprindă între 16 și 20 de ședințe. Interviul clinic va urmări să evalueze situația prezentă, terapeutul lucrând în colaborare cu medicul de familie pentru a stabili un diagnostic și o conduită terapeutică corecte, menite să stabilizeze clientul.

Se vor utiliza la început strategii cognitiv-comportamentale cu caracter limitat până la depășirea situației de criză care se realizează, de regulă, în primele două săptămâni, după care clientul este reevaluat psihologic pentru a se lua o decizie în favoarea continuării terapiei în varianta cognitiv-comportamentală de scurtă durată.

În unele cazuri de complexitate mai ridicată, psihoterapia cognitiv-comportamentală va fi aplicată abia după o perioadă de spitalizare pentru probleme somatice, psihiatrice sau pentru ambele.

Studii de caz

1. Radu este un inginer pensionar în vârstă de 75 de ani a cărui soție a decedat subit în urma unui infarct cu aproximativ un an în urmă. Clientul nu era pregătit psihologic pentru decesul soției și nu știa cum să se adapteze la viață în absența acesteia, nefiind familiarizat deloc cu treburile gospodărești. De asemenea, toate relațiile sociale erau gestionate de soție, astfel încât acesta s-a trezit dintr-odată singur, ducând o viață lipsită de sens.
Clientul avea un fiu căsătorit în Ploiești cu care întreținea relații bune, dar se vedeau rar, astfel încât nu i s-a părut potrivit să meargă la acesta pentru a depăși perioada de doliu, așteptând ca fiul să-l viziteze și să discute despre decesul mamei sale.
Radu era un om sobru, astfel încât îi venea greu să plângă sau să aibă orice altfel de manifestare cu caracter demonstrativ. În urmă cu trei luni clientul a fost diagnosticat cu maladia Parkinson; din nefericire avusese un unchi care a dezvoltat și o demență în urma maladiei. Deși medicul neurolog i-a comunicat că demența poate fi evitată, clientul se temea foarte mult de invaliditate și de faptul că ar putea deveni o povară pentru fiul său. Mai mult, datorită cheltuielilor ridicate la întreținere, Radu a fost obligat să plece din apartamentul cu trei camere în care trăise o viață și să se mute într-o garsonieră confort doi. Mutarea pe care a realizat-o cu ajutorul vecinilor a reprezentat „ultima picătură care a umplut paharul", clientul dezvoltând o reacție depresivă de amploare, cu sentimente de inutilitate și lipsă de speranță în ceea ce privește viitorul. Acesta vorbea frecvent despre faptul că ar fi mai bine ca totul să se sfârșească. Ocazional, el obișnuia să consume cantități moderate de alcool pentru a-și alina suferințele. În acel moment, fiul l-a internat la o secție de neurologie, medicul specialist indicând psihoterapie.
Evaluarea preliminară cu ajutorul inventarului de depresie Beck a evidențiat o depresie majoră, complicată cu un posibil abuz de alcool, precum și existența unor resurse limitate în plan emoțional și social. Radu nutrea o serie de gânduri negative în legătură cu posibilitatea de a trăi singur și cu ce i-ar putea rezerva viața în viitor. Clientul a relatat că a pus la punct un plan de sinucidere, stocând patru flacoane de diazepam cumpărate în timp cu ajutorul unor rețete de la medicul de familie, precum și faptul că singurul lucru care l-a oprit să comită gestul a fost „rușinea" pe care i-ar face-o fiului său.
Terapeutul a luat legătura cu medicul neurolog, precum și cu medicul psihiatru, acesta din urmă recomandând o doză unică de Xeroxat. S-a trecut la un program de psihoterapie cognitiv-comportamentală în timp ce clientul era spitalizat, acesta realizându-se în ședințe de câte 30–40 de minute, de trei ori pe săptămână, timp de trei săptămâni. Clientului i s-a cerut să noteze într-un jurnal gândurile negative care îi trec prin minte.
Primul gând identificat a constat în aceea că sinuciderea reprezintă unica soluție de a scăpa de suferință și singurătate. Treptat, clientul a conștientizat faptul că nu este

chiar atât de singur cum credea, fiul său fiind binevoitor și gata să-i ofere sprijin, și că nu suferă de demență, ci doar se teme că ar putea să o dezvolte mai târziu.
Terapeutul i-a oferit materiale despre maladia Parkinson, astfel încât pacientul să se convingă de faptul că demența nu este inevitabilă. S-a lucrat și asupra gândului negativ „eu nu mai pot continua astfel". Clientul a fost dirijat să sesizeze distorsiunea cognitivă de tipul gândire dihotomică („totul sau nimic") și apoi să conștientizeze faptul că, deși se simțea depășit, i s-au întâmplat și unele lucruri pozitive: mutarea în garsonieră l-a ajutat să economisească bani și i-a ușurat sarcinile gospodărești.
Interviul clinic a evidențiat faptul că pacientul fusese înainte pasionat de șah pe care obișnuia să îl joace în Cișmigiu. Terapeutul i-a trasat ca sarcină în plan comportamental să-și contacteze vechii prieteni și să reia jocul. Această sarcină comportamentală a condus și la infirmarea gândului negativ conform căruia sinuciderea ar reprezenta unica soluție la problemele sale. Mai multe ședințe de psihoterapie au fost dedicate analizării consecințelor negative ale sinuciderii: durerea și culpabilizarea fiului, precum și a altor membri ai familiei, încălcarea doctrinei creștin-ortodoxe (clientul avea o educație religioasă solidă), precum și faptul că va fi considerat un laș. Terapeutul împreună cu clientul au analizat și succesele trecute din care a rezultat că acesta din urmă s-a manifestat ca un luptător: a impus mai multe brevete de invenție, a condus o secție grea într-o întreprindere și a reușit să ajungă conferențiar la Universitatea Politehnică, deși în tinerețe avusese destule obstacole de natură politică create de regimul trecut.
În timpul terapiei clientul a fost permanent susținut emoțional de către psihoterapeut, mai ales în momentele în care s-a simțit depășit de situație. După externare, clientul a urmat un program de terapie cognitiv-comportamentală în ambulatoriu, cu ședințe săptămânale, program care a cuprins 30 de ședințe, ultimele fiind realizate la intervale mai mari.
Dacă la început accentul a fost pus pe tehnici cognitive de identificare și combatere a gândurilor și convingerilor disfuncționale, ulterior s-a insistat mai mult pe strategii comportamentale menite să faciliteze integrarea socială și creșterea ponderii activității agreabile.
Evaluarea realizată după doi ani de la începerea terapiei l-a găsit pe client într-o dispoziție bună, descurcându-se singur în garsoniera sa. Deși maladia Parkinson a mai progresat într-o oarecare măsură, starea sănătății clientului nu s-a deteriorat semnificativ. Clientul a afirmat că este bucuros că se află în viață, lucrează la o carte de specialitate și este dispus să trăiască până în momentul în care Dumnezeu îl va chema la el.

2. Maria, o pensionară căsătorită în vârstă de 63 de ani, este pusă în situația de a avea grijă de mama sa în vârstă de 89 de ani, paralizată, dar încă lucidă.
Maria se simțea depășită de solicitările permanente ale mamei sale, ea relatând faptul că nu se putea bucura de pensie împreună cu soțul ei din cauza comportamen-

tului mamei pisăloage. Pacienta a afirmat că nu a mai plecat din București de opt ani deoarece nu-și putea lăsa mama singură. Mai mult, ea se simțea frustrată de faptul că mama o critica tot timpul și nu-i aprecia eforturile. Sub imperiul mâniei și resentimentelor, Maria a limitat aproape toată comunicarea cu mama sa, cu excepția acțiunilor concrete de îngrijire.

Clienta a afirmat faptul că a renunțat total la orice activitate plăcută, simțindu-se o persoană „acră, nervoasă și nefericită". Criza s-a declanșat în momentul în care ea și-a ieșit din fire, i-a adresat mamei sale cuvinte grele în timp ce o schimba și a început să se teamă să nu-și piardă controlul și să o lovească.

Obiectivul imediat al consilierii și terapiei l-a reprezentat prevenirea unor momente de violență asupra mamei, precum și înarmarea clientei cu anumite deprinderi care să-i permită să-și îngrijească mama vârstnică fără a se mai lăsa copleșită de frustrare și resentimente. Pentru a reduce riscul de a-și agresa mama, Maria a fost solicitată să-și noteze gândurile negative care apăreau în momentele ei de enervare. Monitorizarea gândurilor negative disfuncționale a evidențiat faptul că acestea se refereau mai ales la atitudinea critică pe care o manifesta mama față de ea. Astfel, atunci când mama ei o întreba în mod repetat dacă a făcut curat în bucătărie sau dacă i-a depus pensia în cont, Maria își spunea în gând: „Ea mă crede irresponsabilă!; mă tratează ca pe un copil!"

Clienta a fost învățată de către terapeut să înlocuiască aceste gânduri disfuncționale cu unele mai realiste, alternative: „Mama mea se simte neajutorată și are nevoie de asigurări permanente că totul este în ordine". După ce Maria a conștientizat faptul că propriile ei gânduri îi declanșau crizele de mânie, ea a fost de acord să lucreze și asupra altor gânduri negative disfuncționale și să descopere gânduri alternative mai realiste.

Un alt element important al consilierii și terapiei l-a reprezentat ajutarea clientei să sporească frecvența activităților agreabile din viața ei. Terapeutul a ajutat-o să crească numărul interacțiunilor pozitive cu mama ei, răsfoind albume cu fotografii de familie și solicitându-și mama să-i povestească întâmplări din copilăria ei, precum și a mamei. Deși a fost sceptică la început, Maria a fost surprinsă de faptul că mama a fost de acord să coopereze cu ea. Maria a început să redacteze la calculator amintirile mamei sale cu ideea de a scrie o carte. Deși sarcinile de îngrijire au rămas în continuare stresante, introducerea unei activități comune agreabile a redus multe dintre tensiunile create între mamă și fiică.

În continuare terapeutul și-a propus să o determine pe Maria să-și permită o scurtă vacanță împreună cu soțul ei. Demersul terapeutic a fost centrat pe înlăturarea convingerilor negative disfuncționale conform cărora ea era singura persoană capabilă să aibă grijă de mama ei pentru că nimeni altcineva din familie nu ar accepta să o ajute.

Maria s-a decis în cele din urmă să ceară ajutorul celor două fiice căsătorite și a rămas plăcut surprinsă când una dintre ele, care lucra acasă ca traducător, a fost de acord să o ajute, mutându-se pentru două săptămâni în locuința bunicii. Vacanța

de la Călimănești a fost foarte reușită, Maria revenind în București cu un tonus psihic mai bun.

Interviul clinic realizat după șase luni a evidențiat faptul că deși starea sănătății mamei s-a înrăutățit și solicitările acesteia erau tot mai obositoare, Maria reușea să facă față cu bine situației, acordându-și din când în când mici pauze pentru a ieși în oraș cu soțul. Clienta nu mai nutrea convingerea disfuncțională că viața ei este complet terminată.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală în cazul tulburării posttraumatice de stres

Manualul Diagnostic și Statistic (DSM IV) al Asociației Psihologilor Americani, APA (1994) definește trauma ca fiind un eveniment care presupune o amenințare percepută sau reală la adresa individului și care atrage după sine o reacție emoțională de intensitate extremă.

Sechelele psihologice care sunt întâlnite la supraviețuitorii unor situații traumatice se constituie în tulburarea posttraumatică de stres (TPTS) care se instalează în urma unor evenimente psihotraumatizante cum ar fi: violurile, catastrofele naturale, atentatele, detenția în lagăre, torturile etc.

Sindromul de stres posttraumatic este cunoscut în literatura de specialitate de multă vreme (aproximativ 100 de ani) sub diverse denumiri: nevroză de șoc, nevroză compensatorie, traumatofobie etc. (Foa, Steketee și Rothbaum, 1989; Dancu și Foa, 1992). Deși această entitate nosografică (boală psihică) are o istorie lungă, ea a fost recunoscută și diagnosticată ca afecțiune independentă abia în 1980, odată cu introducerea ei în manualul DSM III. Din acel moment au început să fie elaborate o serie de programe cognitiv-comportamentale pentru tratamentul acesteia. În ultimele decenii au fost realizate studii mai sistematice privind eficiența acestui demers terapuetic asupra simptomatologiei stresului posttraumatic.

Manualul DSM III-R (APA, 1987) definește sindromul de stres posttraumatic ca o tulburare anxioasă cauzată de un factor traumatic precipitator, care depășește nivelul factorilor stresanți ce acționează în mod obișnuit asupra subiectului.

Deși reacțiile acute și cronice generate de expunerea la situația traumatică variază considerabil de la individ la individ, există supraviețuitori ai situațiilor traumatice care nu-și mai revin niciodată la nivelul inițial de funcționare psihică (Fairbank și Brown, 1987), iar dintre aceștia doar o mică parte solicită sprijin pentru depășirea situației de criză sau tratament pe termen mai lung.

Mulți subiecți care au fost victime ale unor situații traumatice dezvoltă tulburarea posttraumatică de stres care se caracterizează prin: reamintirea persistentă, intruzivă și deranjantă a traumei, reducerea receptivității la stimulii ambianței, evitarea sau tendința de a fugi de elemente sau situații care reamintesc de traumă, precum și printr-o varietate de simptome autonome (neurofiziologice), disforice (tulburări de dispoziție) sau cognitive, care persistă mai mult de o lună după producerea evenimentului stresant (Fairbank și Brown, 1987). Manualul DSM IV a menținut descrierea simptomatologiei tulburării posttraumatice de stres, dar a introdus și noțiunea de traumă actuală, precum și pe cea de amenințare percepută.

Deoarece tulburarea posttraumatică de stres nu poate fi diagnosticată decât la o lună de la producerea evenimentului, manualul DSM IV a introdus o nouă afecțiune denumită tulburare acută de stres (TAS), ale cărei simptome se suprapun destul de mult peste cele specifice tulburării traumatice de stres.

Diagnosticul diferențial între cele două afecțiuni are în vedere durata simptomelor, precum și prezența unor tulburări disociative în cazul tulburării acute. Tulburarea acută de stres poate fi diagnosticată imediat după producerea traumei, tulburările durând cel puțin două zile, dar putându-se întinde pe o perioadă mai scurtă de o lună. Pentru diagnosticarea acesteia, subiectul trebuie să prezinte trei până la cinci simptome cu caracter disociativ: derealizare, depersonalizare, amnezie, senzația subiectivă de insensibilitate și conștientizarea redusă a factorilor ambianței.

Intervenția terapeutică în cazul traumelor produse de dezastre

Francis R. Abueg, George W. Woods, Dale S. Watson (2000) subliniază faptul că distrugerile masive și rapide produse de dezastre pun o serie de probleme pentru supraviețuitori: cum să salveze potențialele victime, cum să consoleze familiile afectate și cum să gestioneze mijloacele și resursele de a face față situației. Victimele sunt de cele

mai multe ori depășite psihic și epuizate fizic, familiile acestora, precum și resursele materiale sunt grav afectate sau chiar distruse. Efectele reacției de doliu sau pierdere pot conduce la fenomene disociative sau stuporoase, iar probabilitatea instalării unor reacții psihopatologice pe termen mai lung crește odată cu posibilitatea apariției unor conflicte între victime și autorități.

Obiectivele intervenției psihologice în caz de dezastre sunt următoarele (Abuey, Woods și Watson, 2000, p. 243):

1. Evaluarea rapidă a problemelor și nevoilor populației.
2. Prevenirea unor riscuri pentru client, comunitate sau instituții pe baza unor studii realizate în cazuri asemănătoare.
3. Realizarea unor acțiuni de intervenție eficiente, rapide și care să țină seama de aspecte de ordin etic și sociocultural și contextual.
4. Evaluarea efectelor intervenției.

O problemă mult disputată de către specialiști se referă la măsura în care consilierea psihologică în situații de dezastru este cu adevărat necesară, ținând seama de faptul că majoritatea supraviețuitorilor revin la nivelul de funcționare normal odată cu trecerea timpului (Green, Koval, Grace et al., 1991). Mai mult, observațiile empirice au evidențiat și faptul că un număr mare de supraviețuitori ai dezastrelor nu numai că își revin, ci se mobilizează eficient dând dovadă de calități și comportamente de excepție caracterizate prin generozitate, altruism și abilități deosebite de a face față unor situații dramatice.

Cercetări asupra stresului traumatic au fost realizate de mai mulți autori: Follette, Ruzak și Abueg, 1998a; Naugle și Follette, 1998; Hayes și Follette, 1999.

Abueg, Woods și Watson (2000) sunt de părere că intervenția psihologică în astfel de situații trebuie să aibă un caracter contextual și să se bazeze pe analiza funcțională menită să evidențieze care este problema care merită să fie abordată pioritar și care sunt intervențiile cele mai constructive care pot mări probabilitatea ca schimbare cu mijloace cât mai economicoase.

Autorii subliniază faptul că abordarea contextuală are o serie de implicații pentru intervenția terapeutică și de consiliere din următoarele rațiuni:

- permite identificarea rapidă a riscurilor pe baza studierii unor situații anterioare;
- propune intervenții rapide, scurte și eficiente;

- presupune o abordare euristică de tip utilitar (se aplică acea strategie care se potrivește);
- pune un accent deosebit pe acceptarea relatărilor subiective ale supraviețuitorilor (Hayes, 1991; Meichenbaum, 1994), ajutându-i pe aceștia să înțeleagă esența dificultăților legate de procesul de autodezvăluire (Abueg, 1997) și mecanismele evitării condiționate (Levis, 1995), procedându-se apoi la descoperirea unei noi semnificații constructive a experienței traumatice (Kohlenberg și Tsai, 1998).

Se lucrează în direcția formării unui nou set de atitudini și convingeri mai constructive referitoare la cele petrecute, convingeri care trebuie să țină seama de contextul sociocultural în care s-a format subiectul.

În cele din urmă obiectivul prioritar al psihoterapiei și consilierii constă în a ajuta victima să-și recâștige și să-și întărească sentimentul predictibilității și controlului asupra evenimentelor externe.

Simptomatologia postdezastru

Rubonis și Bickman (1991) au analizat un număr de 52 de studii și au concluzionat faptul că dezastrele de mare intensitate conduc la o creștere a frecvenței tulburărilor psihopatologice cu aproximativ 17% comparativ cu situația de dinaintea dezastrului sau cu loturi martor.

Patologia variază însă considerabil de la caz la caz și este direct proporțională cu intensitatea și amploarea dezastrului (Patrick și Patrick, 1981). Smith, North, McCool și Shea (1990) au identificat niveluri diferite ale simptomatologiei sindromului posttraumatic de stres (PTSD) în funcție de gradul de expunere la situația stresantă.

De pildă, în urma prăbușirii unui avion, la angajații care au fost la lucru s-a înregistrat 29% de cazuri de tulburare posttraumatică de stres, în timp ce la cei care fuseseră liberi în ziua respectivă, simptomele au apărut doar în proporție de 7%. În ceea ce privește tipul de simptome specifice tulburării posttraumatice de stres, Manualul Diagnostic și Statistic DSM IV (APA, 1994) situează pe primul loc gândurile și amintirile cu conținut intruziv referitoare la cele petrecute (simptome de categoria B). Aceste simptome sunt însă foarte frecvente și în faza acută de stres și nu reprezintă un predictor relevant pentru instalarea tulburării cronice de stres (McFerlane, 1998; Abueg, Woods și Watson, 2000).

Un alt simptom frecvent în aceste cazuri este prezența coșmarurilor, deși Wood, Botzin, Rosenhan, Nolen-Hoesema și Jourden (1992) au găsit o incidență de două ori mai mare a acestor simptome la lotul martor, comparativ cu studenții din Arizona care fuseseră afectați de un cutremur petrecut în anul 1989.

Simptomele de evitare (simptome de categoria C, conform DSM IV) cum ar fi: absența reacției emoționale, retragere socială și evitarea situațiilor și amintirilor legate de traumă au o frecvență ceva mai redusă comparativ cu cele intruzive și apar predominant în perioada acută de stres care urmează imediat după dezastru (Solomon și Canino, 1990).

Aceste date sunt însă contrazise de cercetările lui Shalev (1992), care a constatat că, la supraviețuitorii unui atac terorist, simptomele de evitare apar cea mai târziu decât cele cu caracter intruziv și reprezintă mecanisme de apărare care îi permit subiectului să facă față amintirilor intruzive.

Simptomele de activare fiziologică (simptome de tip D) par să aibă o valoare predictivă ceva mai ridicată pentru prognozarea instalării unei tulburări cronice posttraumatice de stres, acestea având și un caracter mai precis conturat.

Abueg, Woods și Watson (2000) au identificat astfel de simptome de activare la supraviețuitorii unui cutremur chiar după 18 luni de la producerea acestuia (supraviețuitorii cutremurului au avut o rată mult mai ridicată a pulsului la prezentarea unor imagini din timpul catastrofei, comparativ cu cei din lotul martor), deși autorii respectivi sunt de părere că sunt necesare mai multe cercetări pentru clarificarea acestui aspect. Dezastrele constituie experiențe unice, fapt ce prezintă atât avantaje, cât dezavantaje pentru victime. Astfel, faptul că mai mulți membri ai unei comunități trăiesc o experiență asemănătoare poate facilita procesul de autodezvăluire a stării afective și a gândurilor negative legate de traumă.

De asemenea, sentimentul de solidaritate al membrilor comunității afectați îi determină pe aceștia să ofere mai mult sprijin material și afectiv victimelor, fenomen cu caracter terapeutic. Măsura în care victimele se simt o parte a comunității ca întreg reprezintă un pas important în cadrul demersului de recuperare.

Gerrity (1990) a realizat un studiu interesant asupra a două comunități cu caracteristici demografice asemănătoare, cu excepția nivelului de educație și a venitului pe familie, și care au fost expuse acelu-

iași tip de psihotraumă. Rezultatele au evidențiat faptul că în cadrul comunității cu nivel economic mai ridicat, care a reușit să remedieze mai rapid pagubele produse de calamitate, dar a abordat situația de dezastru într-un mod mai individualist, incidența tulburării acute și cronice posttraumatice a fost mai crescută.

În urma trecerii în revistă a acestor studii, unele dintre ele contradictorii, se impune construirea unor modele explicative mai complexe care să explice apariția și menținerea tulburărilor posttraumatice de stres.

Green, Wilson și Lindy (1985) sunt de părere că instalarea și terapia tulburărilor posttraumatice de stres sunt influențate de mai multe variabile, cum ar fi: caracteristicile factorilor stresanți, variabile ce țin de subiect, factori ai ambianței, precum și factori specifici demersului recuperatoriu.

Freely, Kilpatrick et al. (1992) propun un model de predicție a riscului de instalare a unei tulburări cronice de stres, care include factori specifici fazei de predezastru, dezastru și postdezastru.

– Factorii fazei de predezastru: factori demografici, traume anterioare, evenimente recente de viață, istoria psihiatrică, capacitățile adaptative și suportul social.

– Factori specifici dezastrului: nivelul de expunere la traumă și evaluarea cognitivă a expunerii prin prisma controlului perceput, a predictibilității evenimentelor și a nivelului amenințării.

– Factorii fazei de postdezastru: intensitatea tulburărilor din perioada acută, evenimentele de viață, pierderea unor resurse, capacitățile adaptative și suportul social.

Abueg, Woods și Watson (2000, p. 249) propun un model ierarhizat de evaluare a riscului ca persoanele afectate de dezastre să dezvolte trăsături psihopatologice de durată. Modelul prezentat în tabelul de pe pagina următoare oferă și o bază pentru momentul și tipul de intervenție psihologică indicat în astfel de cazuri.

În prima categorie intră marea majoritate a supraviețuitorilor unor dezastre în cazul cărora o intervenție ușoară este suficientă, uneori nefiind necesară nicio intervenție, deoarece aceștia fac față pierderilor și șocului psihologic, dezvoltând reacții normale de doliu. Ei își vor mobiliza suporturile sociale, antrenând prietenii și membrii familiei în elaborarea și punerea în aplicare a strategiilor de rezolvare de probleme, precum și a celor cu caracter preventiv, și nu vor declanșa reacții dezadaptative care îi perturbă pe cei din jur: plângeri și reacții repetate de frustrare.

Nivelul riscului	Simptome și comportamente ale subiectului	Momentul intervenției	Tipuri de intervenții
I Scăzut	Activ; nonsimptomatic; își mobilizează resursele și suportul social. Expresiv sub aspect emoțional, trăiește reacția de doliu și sentimentele de pierdere.	Primară De regulă nu sunt necesare intervenții în cazul în care dezastrul a avut loc	Planificarea strategiilor care trebuie utilizate în caz de dezastru. Acțiuni informativ-educative cu privire la tulburarea acută și posttraumatică de stres (ASD și PTSD) precum și la comportamentele cu caracter adaptativ.
II Moderat	Simptomele tulburării acute de stres; ruminații obsesive; disforie; reacție puternică de doliu; reacții intermitente de mânie; automedicație; probleme psihiatrice în antecedente (în copilărie sau la vârsta adultă).	Secundară	Intervenție suportivă în caz de doliu pentru acceptarea situației; reducerea simptomelor tulburării acute de stres, a supraactivării, autoreglarea reacțiilor de tip disociativ; antrenarea unor deprinderi de face față situației.
III Ridicat	Reacție disociativă severă: amnezie, detașare, depersonalizare, derealizare, pierderea sentimentului identității personale; reacție foarte intensă de doliu. Reacții suicidare acute; tulburare posttraumatică de stres cu caracter complex; comorbiditate activă legată de consumul de alcool sau droguri; dependență instalată recent.	Secundară Terțiară	Asigurarea unor mijloace de subzistență; cazare; apă; hrană; spitalizare; tratament suportiv în vederea facilitării acceptării situației. Psihoterapie pe termen lung; prevenirea recăderilor; reducerea simptomelor posttraumatice; reducerea tendințelor de victimizare.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Solicitarea unui ajutor reprezintă o reacție opusă celei de retragere sau de minimalizare a problemelor.

Reacția psihologică la stres este în cazul acestora ușoară spre moderată, ei putând prezenta unele ruminații cu caracter obsesiv referitoare la eveniment, o reacție disforică de nivel mediu, precum și o oarecare creștere a gradului de activare psihofiziologică. Intervenția majoră în astfel de situații constă, de regulă, într-o ședință unică de consiliere în cadrul grupului de supraviețuitori, urmată de o reevaluare într-o perioadă de la 1 la 3 luni.

Observațiile clinice au demonstrat faptul că mulți dintre acești subiecți reacționează suficient de bine la intervențiile venite prin mass-media, fără a mai avea nevoie neapărat de un contact față în față cu terapeutul-consilier (Abueg, Woods și Watson, 2000).

A doua categorie de subiecți cu risc moderat de a dezvolta o tulburare cronică posttraumatică de stres prezintă disfuncții semnificative care, netratate, se pot agrava. Subiecții aparținând acestui grup au fost expuși unui stres sever (pierderea unor persoane dragi, a bunurilor), ei îndeplinind criteriile tulburării acute de stres, respectiv sentimentul neajutorării și pierderii controlului asupra realității. Aceștia pot fi victime, dar și persoane care au obligația de a salva victime și care au contacte frecvente cu acestea.

Tulburările psihopatologice care se pot instala în astfel de cazuri pot fi: depresie, ruminații cu caracter obsesiv, fenomene disociative, tulburări ale identității personale, fobii, precum și tulburări de tip conversiv.

A treia categorie (cu nivelul cel mai ridicat de risc) include indivizi care au fost supuși unui stres deosebit de intens cum ar fi pierderea unui număr însemnat de membri ai familiei, prieteni, colegi sau membri ai comunității. Aceștia trăiesc o stare de anestezie emoțională, o lipsă acută de speranță și/sau o stare de disociere psihică. La acestea se pot adăuga: amnezie în raport cu evenimentul, detașare, derealizare și depersonalizare, precum și tulburări la nivelul gândirii, afectivității, comportamentului, iar în unele cazuri conduite suicidare active.

Momentul și nivelul intervenției psihologice sunt deosebit de importante în gestionarea riscului de declanșare a unei tulburări cronice posttraumatice de stres.

Intervenția primară are un caracter preventiv și implică instruirea unor victime potențiale în legătură cu efectele posibile ale unui de-

zastru, precum și măsurile de securitate ce trebuie luate în cazul producerii acestuia (cutremure, inundații, uragane, incendii etc.).

Intervenția cu caracter secundar implică o intervenție din partea unor profesioniști după ce dezastrul s-a produs deja. Aceasta constă în intervenții în plan concret, material și social: evacuarea victimelor, acordarea unor ajutoare în hrană, apă, adăpost, medicamente, asistență medicală, acțiuni de prevenire a altor evenimente (îndiguiri, defrișări în caz de incendiu), precum și transmiterea unor informații corecte menite să reducă fricile necontrolate sau fenomenele de isterie în masă.

Intervenția terțiară are loc în intervalul de o lună după declanșarea dezastrului, dar poate continua și sub forma unei psihoetrapii și/sau spitalizări pe termen lung.

Strategiile utilizate se adresează prevenirii recăderilor, abandonării consumului de alcool, droguri sau medicamente neprescrise, precum și achiziționarea unor deprinderi de a face față stresului.

Studiile au evidențiat și faptul că diferite tipuri de dezastre — sociale, tehnologice și naturale produse în contexte socioculturale diferite — pot conduce la modele diferite de reacție cu caracter psihopatologic. Astfel, dezastrele politico-sociale care presupun insecuritate în plan social și politic sau amenințări teroriste conduc la instalarea mai rapidă a unui set de simptome posttraumatice mai intense și mai dramatice cum ar fi: stare de șoc, furie, reacții acute de doliu, precum și reacții fiziologice: dureri de cap sa u atacuri cerebrale sau de cord (Aguilera și Planchon, 1995).

Spre deosebire de aceste situații, un dezastru tehnologic cum ar fi, de pildă, prăbușirea unui avion conduce la un sentiment mai puternic de izolare din partea eventualilor supraviețuitori sau membri ai familiilor victimelor, deoarece aceștia nu au legături preexistente cu membrii comunității unde a avut loc dezastrul, fapt ce nu permite identificarea, empatizarea și împărtășirea suferinței.

McMillan, Smith și Fisher (1997) subliniază și faptul că un dezastru petrecut într-o localitate mică reprezintă un eveniment deosebit, în timp ce unul petrecut într-un oraș mare și care cuprinde un număr identic de persoane implicate reprezintă un eveniment doar pentru participanți, nu și pentru întreaga comunitate.

Posibilitatea de a conferi un sens experienței traumatice are un rol deosebit de important în evitarea instalării unei patologii pe termen lung. Subiecții capabili să atribuie o semnificație pozitivă evenimentului traumatic (evoluție spirituală, întărirea unor contacte afective etc.) sunt mai puțin înclinați să dezvolte simptomele tulburării posttraumatice de stres.

Nu s-a clarificat însă faptul dacă perceperea subiectivă a unui avantaj are un rol protector în raport cu boala psihică sau dacă optimismul structural al subiecților îi determină să poată identifica un avantaj într-o situație cu conotații negative (Abueg, Woods și Watson, 2000).

Printre cele mai importante intervenții de nivel secundar se numără tehnicile de detensionare de tip catharctic al căror obiectiv central îl reprezintă istorisirea evenimentelor petrecute.

Din perspectivă comportamentalistă, fenomenul de evitare condiționată poate fi redus prin intermediul unei noi expuneri, realizată în mod dirijat, care are menirea de a conduce la „ștergerea" factorilor asociați cu situația traumatică. Sentimentul de securitate subiectivă poate fi inoculat mai rapid în cazul în care catharsisul are loc în grup, fiecare povestire individuală completând-o pe a celorlalți, experiența traumei devenind o realitate împărtășită.

Catharsisul conduce adesea la corectarea unor atitudini și convingeri eronate, cum ar fi, de pildă, personalizarea, care o poate face pe victimă să se simtă un fel de țintă a mâniei divine.

În conducerea unor astfel de grupuri care își propun catharsisul referitor la evenimentul traumatic se pot întâmpina unele dificultăți legate de frecvența și intensitatea evenimentelor traumatice suferite de participanți. Imaginile intruzive și perturbatoare se manifestă mai ales la subiecții confruntați cu pierderi masive de vieți omenești, cu atrocități, cu suferința copiilor, imagini ce pot declanșa reacții de tip disociativ și chiar decompensări.

Participanții pot prezenta simptome discrete cum ar fi o privire fixă sau lipsă de concentrare la conținutul discuțiilor. Semnele evidente ale fenomenelor disociative sunt alterarea conținutului și aspectelor formale ale vorbirii și comportamentului, elemente care indică faptul că subiectul trăiește trauma în prezent („aici și acum").

În astfel de situații, demersul terapeutic cu caracter cathartic se întrerupe, fiind indicate demersuri cu caracter mai concret: odihnă, satisfacerea unor trebuințe fiziologice sau acțiuni prioritare cum ar fi

căutarea celor dispăruți. Mai ales la copii și vârstnici necesitățile fiziologice ocupă un loc prioritar, comparativ cu victimele de vârstă adultă (Institutul de Pediatrie Johnson și Johnson, 1999).

Participanților la grupul de catharsis li se comunică faptul că uneori se vor simți detașați și vor pierde contactul, terapeutul administrând asigurări de tipul: „e bine așa", „oricui i se poate întâmpla să nu fie cu adevărat prezent la ceea ce se discută" etc. Multe dintre victimele unor dezastre beneficiază de pe urma furnizării unor informații referitoare la apariția și evoluția unor simptome posttraumatice de stres.

Terapeutul va trebui să explice subiecților în ce constă aceste simptome, subliniind faptul că ele sunt de așteptat în condițiile confruntării cu un factor stresant care le amenință viața. Acesta va trebui însă să realizeze și să prezinte subiecților diferențele dintre intervențiile secundare de tip psihoeducațional și cele terțiare care presupun o psihoterapie de durată ceva mai lungă.

Coșmarurile reprezintă simptome frecvente în rândul victimelor unor dezastre și oferă informații cu privire la elementele cele mai anxiogene, precum și la cele ceva mai tolerabile. Conținutul acestora poate fi discutat împreună cu terapeutul sau în cadrul grupului, reprezentând un punct de pornire în modelarea unor noi convingeri cu privire la eveniment („de ce mi s-a întâmplat asta?", „ce poate fi benefic într-o experiență atât de îngrozitoare" etc.). Reacțiile somatice și psihice la stresul produs de traumă pot deveni ancora pentru reconstruirea sentimentelor de predictibilitate și control. Astfel, aceste reacții fiziologice pot fi privite ca încercări ale organismului de a lupta pentru supraviețuire și pentru a conferi un sens pierderii.

În aceste situații sunt utile și strategiile de prevenire a unor reacții de tip suicidar, terapeutul consilier scoțând în evidență motivele pentru care victima merită să trăiască: să aibă grijă de copii sau să ajute alte victime.

Victimele trebuie prevenite și în legătură cu posibilitatea reapariției simptomelor în prezența unor stimuli sau condiții care le amintesc de situația traumatică. Astfel, în cazul unor calamități naturale au loc rareori fenomene izolate (cutremurele sunt urmate de replici, inundațiile se pot produce în mai multe etape etc.). În același timp, în cazul acțiunilor teroriste, suspiciunea, teama și așteptarea repetării unor acțiuni plutesc ca o amenințare asupra unor comunități sau națiuni.

Metodele actuale de tratament al tulburării cronice posttraumatice de stres (PTSD) se bazează mai ales pe tehnicile implozive (Stampfl și Lewis, 1967; Lewis, 1980, 1995). Lewis (1980) utilizează un demers sistematic prin intermediul căruia se construiesc scene cu caracter imploziv, prin intermediul cărora victimele sunt ajutate să retrăiască experiența traumatică. Pentru realizarea acestora, terapeutul va utiliza mai multe tipuri de declanșatori:

– *declanșatorii simptomatici* se bazează pe simptomele prezentate de subiect și care sunt obținute în urma interviului clinic și se referă la temerile curente, grijile și problemele care îl frământă pe client; aceștia se pot referi la gândurile legate de pierderea unui copil, la coșmaruri care au ca subiect trauma sau la simptome cum ar fi, de pildă, supraîncordarea musculară.

Acești declanșatori reprezintă temelia construirii scenei pe care va trebui s-o retrăiască subiectul în vederea desensibilizării (de pildă, conținutul unui coșmar ar putea da indicații în legătură cu descrierea exactă sau simbolică a elementelor celor mai dramatice ale traumei).

– *declanșatorii contextuali* apar spontan în timpul discuțiilor cu terapeutul, deși detalii în legătură cu aceștia pot fi obținute și în urma unor întrebări adresate de terapeut, care va interoga victima în legătură cu ce a văzut, auzit sau simțit în momentele în care a fost afectată de evenimentul traumatic.

Abueg (1997 b) este de părere că informațiile care vin pe canale kinestezice sunt de mare utilitate în reconstruirea scenariului legat de traumă (dacă a fost lovit, strivit, împins, blocat undeva etc.). Autorul menționat a elaborat și un chestionar pentru a pune în evidență acest gen de declanșatori (Inventarul Multisenzorial MSI, Abueg, 1979 b). Tehnica retrăirii unor scene terifiante din timpul dezastrului trebuie aplicată cu multă atenție, deoarece la subiecții sever traumatizați se pot produce reacții emoționale de mare amploare, reacții care trebuie gestionate corect de către terapeut.

Pentru aplicarea lor în condiții de securitate este necesar ca terapeutul să-l învețe în prealabil pe client anumite tehnici de autoreglare psihică: respirație controlată sau relaxare. Deosebit de utilă pare utilizarea hipnozei clinice mai ales în fazele inițiale ale terapiei.

În cazul pacienților cu simptome severe cum ar fi cei cu antecedente psihiatrice: tentative repetate de suicid, tulburare disociativă a identității sau schizofrenie este indicat tratamentul psihiatric în condiții de spitalizare.

– *declanşatorii cu caracter psihodinamic* se referă la teme legate de traumele timpurii: pierderi, culpabilităţi sau alte tipuri de conflicte trăite în copilăria timpurie (Horowitz, 1985).

Acest tip de declanşator are un rol important mai ales atunci când se lucrează cu pacienţi la care trăirea dezastrului poate activa unele experienţe timpurii asemănătoare. Aceste situaţii sunt şi mai evidente în cazul declanşării unor sentimente puternice de culpabilitate care apar în contextul experienţei traumatice.

Abueg, Woods şi Watson (2000) recomandă ca în astfel de cazuri să fie explorate teme legate de sentimentele de culpabilitate, terapeutul adresând clientului întrebări de tipul următor:

„Simţi că nu ai făcut destul în acea situaţie?";

„Simţi că ai comis greşeli?";

„Te simţi răspunzător pentru anumite consecinţe?";

„În cazul în care ţi-ai amintit un eveniment traumatizant din copilărie, care sunt imaginile şi gândurile care ţi-au apărut în minte?"

Odată identificate aceste gânduri şi imagini, terapeutul va aplica tehnica desensibilizării sistematice, precum şi pe cea a înlocuirii gândurilor negative cu unele alternative mai raţionale.

Experienţa dezastrului nu numai că poate genera o tulburare cronică posttraumatică de stres asupra unui adult, dar poate avea şi un impact asupra stării psihice a familiei şi mai ales asupra copiilor. În urma erupţiei vulcanului Sfânta Elena, Adams şi Adams (1984) au constatat o creştere a incidenţei îmbolnăvirilor, violenţei domestice, abuzului de alcool, precum şi a solicitării unor servicii de psihiatrie. Alte studii au evidenţiat prezenţa în comportamentul copiilor a unor tematici repetitive referitoare la anxietatea şi reducerea anxietăţii legate de evenimentul traumatic. Astfel, Saylor (1991) a constatat apariţia unui joc cu caracter repetitiv numit „Taifunul", joc care a apărut după ce zona respectivă a fost afectată de o astfel de calamitate. Copiii desfăşurau activităţi simbolice de autoprotecţie şi de reparare a unor bunuri.

Connely şi Bromet (1986) au evidenţiat o incidenţă crescută a tulburărilor de comportament la preşcolarii între 5 şi 6 ani care locuiau în vecinătatea unei centrale nucleare la care tocmai avusese loc un accident, comparativ cu copiii din lotul martor. Foy, Cannon şi Zview (1991) au constatat, la rândul lor, că printre problemele care apar cel mai frecvent la membrii familiilor în cadrul cărora o persoană este afectată de sindromul posttraumatic de stres se numără:

ostilitatea, exprimarea necontrolată a emoțiilor și dezadaptarea generală.

În astfel de situații, strategiile cognitiv-comportamentale de reevaluare a situației, precum și cele de autoreglare psihică s-au dovedit a fi utile. Galante și Foa (1986) au pus la punct un model de intervenție realizată pe grupe mici de școlari din clasele 1–4, care au trăit experiența unui cutremur devastator care a avut loc în Italia. Fiecare ședință de terapie a avut o componentă cognitivă, una emoțională și una comportamentală.

Copiii au fost ghidați să-și exprime deschis temerile legate de cutremur față de ceilalți copii și față de conducătorii grupului. Distorsiunile cognitive legate de convingerile eronate și miturile referitoare la cutremur, precum și fricile irațională au fost corectate prin intermediul unor strategii cognitive.

Copiii au achiziționat tehnici de a face față unor situații traumatice, tehnici care le-au permis să nu se mai simtă victime lipsite de apărare. Rezultatele au evidențiat o reducere a fricilor și fobiilor legate de cutremur, precum și scăderea numărului de subiecți cu risc de a dezvolta tulburări de comportament. Stewart (1992) a realizat o ședință unică de intervenție după o situație de dezastru, ședință care a durat 2 ore și jumătate și a fost aplicată pe grupuri mai mari sau mai mici de adolescenți, având drept obiectiv reducerea simptomelor stresului și întărirea acțiunilor de suport social din cadrul grupului. Intervenția a cuprins activități fizice și activități de creștere a coeziunii grupului. Deși rezultatele acestui program nu au fost evaluate cantitativ, feedbackurile sosite de la participanți prin intermediul unor chestionare au fost mai mult decât pozitive.

În literatura de specialitate sunt descrise și modele de intervenție postdezastru, intervenții care se realizează asupra unor familii afectate de eveniment. Astfel, Harris (1991) prezintă o intervenție aplicată în caz de criză asupra unei familii în intervalul de o săptămână de la producerea dezastrului. Ședințele inițiale sunt dedicate exprimării deschise a emoțiilor, precum și stabilirii raporturilor cu psihoterapeutul. În continuare au fost aplicate tehnici de restructurare cognitivă pentru corectarea gândurilor și convingerilor irațională pe care le nutresc membrii familiei.

Într-o etapă ulterioară se lucrează asupra dezvoltării deprinderilor de comunicare din cadrul familiei precum și asupra activării unor resurse suportive sociale și afective din cadrul și din afara familiei.

Familia este în continuare încurajată să se angajeze în acțiuni concrete de rezolvare a problemelor în vederea atingerii unor obiective dezirabile.

Figley (1988) prezintă, la rândul sau, un model de terapie de familie în cinci trepte, model care își propune să remodeleze și să coreleze evenimentele petrecute în timpul dezastrului și să ajute membrii familiei să facă față problemelor care vor apărea în viitor. Un element important al acestui demers constă în atragerea în scopul colaborării a tuturor membrilor familiei precum și atribuirea unui sens evenimentelor petrecute.

Studiu de caz
(Abueg, Woods și Watson, 2000, p. 259)

Cathy lucra ca asistentă șefă de departament la un mare spital din San Francisco, spital care a fost serios avariat de cutremurul care a avut loc în octombrie 1989. Ea avea în subordine personalul cu studii medii și se ocupa direct de îngrijirea unui număr de pacienți. Structura de rezistență și tavanul spitalului au fost grav afectate și din acest motiv s-a luat măsura evacuării bolnavilor cu traumatisme minore în orele care au urmat cutremurului, evacuare care a presupus serioase riscuri.

În cursul procedurii de *debriefing* realizată de specialiștii Centrului pentru Tulburări Posttraumatice de Stres, realizată la 10 zile după producerea dezastrului, Cathy a relatat că este părinte unic și are în îngrijire și pe mama sa infirmă. În momentul producerii cutremurului, deși s-a simțit foarte speriată de faptul că viața îi este amenințată, Cathy a preluat comanda evacuării sectorului de care răspundea, fiind în contact permanent cu directorul spitalului și cu asistenta șefă pe spital. Ea a contribuit la evacuarea a opt salariați, peste 20 de pacienți, la mutarea paturilor, aparaturii și materialelor sanitare. În acea atmosferă de panică și confuzie, ea a fost capabilă să vorbească la telefon cu bona, cu fiica și cu mama ei care au relatat faptul că sunt bine, dar că nu au lumină electrică și își fac griji în legătură cu instalația de gaze care ar putea exploda.

Cel mai mult a înspăimântat-o zgomotul unui fragment de perete care s-a prăbușit în bucătărie distrugând vesela, în timp ce mama ei, bona și copilul se aflau în altă încăpere, la adăpost.

Cathy și subalternii ei au participat la o ședință de *debriefing* care a durat două ore, în timpul căreia a vorbit despre sentimentele de neajutorare și panică pe care le-a trăit. De asemenea, ea a povestit faptul că avea coșmaruri legate de cutremur, din care se trezea brusc întrebându-se unde îi sunt pacienții. Tema centrală dezbătută în cursul ședinței de *debriefing* a fost aceea cu privire la faptul dacă Cathy s-a comportat suficient de bine ca o persoană care trebuie să acorde ajutor. Terapeutul și

grupul au apreciat pozitiv comportamentul ei, considerându-l „excepțional". Intervențiile grupului au ajutat-o pe Cathy să renunțe treptat la tendința de a-și minimaliza meritele.

Terapeutul care a condus ședința de *debriefing* i-a ajutat pe membrii grupului să înțeleagă modul în care se instalează și se menține simptomatologia tulburării posttraumatice de stres, prezentând grupului un instructaj de tipul următor:

„Toți oamenii care au trecut printr-o astfel de experiență pot prezenta simptomele tulburării posttraumatice de stres, riscul fiind mai mare pentru persoanele care au fost supuse în ultima perioadă și altor tipuri de stresuri. De asemenea, cu cât teama legată de amenințarea vieții proprii sau a celor dragi sporește, crește și probabilitatea de apariție a simptomelor posttraumatice de stres.

Nu trebuie să fiți surprinși de faptul că anxietatea și amintirile terifiante se pot accentua după ce a trecut perioada de șoc. Reacțiile fiecărui individ sunt unice în felul lor și este necesar să le conștientizăm pentru a ne decide dacă este cazul să solicităm ajutorul prietenilor, familiei sau al unui specialist calificat. Din observațiile noastre a rezultat că o discuție de scurtă durată, ce are loc imediat după ce a avut loc producerea dezastrului, poate contribui la prevenirea instalării unor simptome mai grave. Ceea ce trebuie să rețineți este că un stres foarte puternic ne face pe toți vulnerabili".

Comportamentul nonverbal al lui Cathy a evidențiat faptul că ea nu intenționa să mai facă și alte dezvăluiri în fața grupului.

La încheierea ședinței, terapeutul a anunțat că în weekend va mai avea loc cel puțin o întâlnire și că s-ar bucura dacă ar fi contactat individual de către oricare membru al grupului care simte nevoia de sprijin.

Terapeutul s-a apropiat apoi de doi membri ai grupului, incluzând-o și pe Cathy, le-a dat cartea sa de vizită, spunând: „Vă mulțumesc pentru faptul că ați fost atât de deschiși în timpul ședinței noastre. Mi-ar face multă plăcere să mai stăm de vorbă dacă sunteți de acord".

Cathy a acceptat imediat să fixeze o întâlnire individuală. În cadrul acesteia ea a subliniat faptul că ședința de *debriefing* i-a fost foarte utilă pentru că a ajutat-o să înțeleagă ce a însemnat experiența cutremurului în viața ei, precum și modul în care ea se percepea pe sine în raport cu familia și responsabilitățile profesionale. A rezultat faptul că a deține controlul reprezintă o problemă importantă în familia ei. Cathy și-a descris tatăl ca pe o persoană afectuoasă, dar imprevizibilă, care consumă alcool în cantități moderate. Acesta a fost obligat să-și îngrijească soția care s-a îmbolnăvit de scleroză multiplă în perioada adolescenței lui Cathy. În momentul în care mama remarca faptul că tatăl nu este suficient de atent și grijuliu, Cathy intervenea direct sau avea dispute inutile cu acesta. Copil fiind, Cathy și-a considerat mama o persoană competentă, dar modelul s-a destructurat odată cu îmbolnăvirea acesteia.

Clienta și-a descris relația cea mai semnificativă drept conflictuală. Ea s-a căsătorit foarte tânără, dar relația e eșuat din motive financiare, precum și din cauza dorinței

sale de a deveni asistentă medicală. Când fiica ei a împlinit 12 ani, Cathy s-a hotărât să divorțeze, iar un an mai târziu tatăl ei a decedat în urma unui atac de cord. Astfel, Cathy s-a trezit dintr-odată răspunzătoare pentru ea însăși, pentru fiica și mama ei, a cărei stare de sănătate se agravase.

Experiența cutremurului i-a permis lui Cathy să conștientizeze și să trăiască sentimente de neajutorare și furie reprimate până atunci. Ea a realizat faptul că avea o puternică nevoie de afecțiune și protecție. În momentul dezastrului ea s-a străduit din răsputeri să se ocupe de ceilalți, neglijându-se pe sine. Ședința de *debriefing* i-a dat posibilitatea să suspende pentru un timp autocontrolul și să se accepte pe sine așa cum este de fapt. Cathy și-a exprimat un sentiment de ostilitate față de mama ei pentru faptul că s-a îmbolnăvit, sentiment urmat de culpabilitate pentru reacția ei irațională. Terapeutul i-a explicat faptul că acel sentiment de ostilitate este perfect normal la persoanele care acordă sprijin celorlalți. A ieșit la iveală și teama neconștientizată că va trebui în cele din urmă să-și interneze mama într-un cămin-spital.

Clienta și terapeutul au încheiat împreună un contract de psihoterapie scurtă pentru șase ședințe.

Obiectivele terapiei s-au centrat în jurul temei autocontrolului și autonomiei raportate la sentimente de neajutorare, neglijare și abandon. Au fost aplicate tehnici de relaxare progresivă și imaginație dirijată. Amintirile clientei au evidențiat o puternică anxietate și sentimente de evitare. În urma expunerii progresive la aceste amintiri, clienta a reușit să sesizeze modul în care istoria vieții i-a modelat comportamentul actual. Astfel, tendința clientei de a se refugia în hiperactivitate îi permitea să se distanțeze de problemele de familie. Clienta a admis că nutrea sentimente de ostilitate față de tatăl ei, precum și sentimentul de culpabilitate legat de faptul că nu corespunde imaginii ideale de „fată bună" pe care majoritatea cunoscuților o asociază cu persoana ei.

Odată cu reevaluarea evenimentelor, Cathy și-a dat seama de faptul că este capabilă să-și propună și să urmărească obiective, să-și acorde o pauză de relaxare și să facă față sentimentului lipsei de control.

Cazul lui Cathy ilustrează vulnerabilitatea crescută la stresul posttraumatic cauzată mai ales de sentimentele de culpabilitate reprimate de clientă. Terapeutul a încurajat-o pe clientă să aibă mai multă grijă de propria persoană, să-și permită momente de *loisir*, precum și clipe în care își acordă dreptul de a fi singură. În finalul terapiei, Cathy a reușit să tolereze sentimentele de lipsă a controlului; coșmarurile s-au redus în mod semnificativ, iar imaginea de sine s-a îmbunătățit.

La trei luni după procedura de *debriefing* Cathy se simțea bine, și-a modificat stilul de viață, practica zilnic relaxarea și a devenit interesată de diverse tehnici de evoluție personală.

În cele ce urmează vom aborda trauma legată de viol ca factor declanșator al tulburării posttraumatice de stres.

Studiile clinice au evidențiat faptul că la scurt timp după eveniment, 94% din supraviețuitoare întrunesc criteriile de diagnostic pentru tulburarea posttraumatică de stres, la trei luni, 47% din victime suferă de această tulburare, iar la 17 ani după eveniment, 16,5% din persoane încă mai prezintă tulburări specifice stresului posttraumatic (Rothbaum et al., 1992).

Studiul menționat a evidențiat faptul că supraviețuitoarele manifestau simptomele respective imediat după traumă, ele putând fi diagnosticate la început cu tulburarea acută de stres. Elizabeth Muran și DiGiuseppe (2000) prezintă unele aspecte specifice intervenției pentru situația de criză în care se află aceste paciente.

Primul pas al intervenției cognitiv-comportamentale pentru situația de criză constă în relatarea verbală a evenimentului traumatic, care trebuie realizată cât mai curând posibil după producerea acestuia. Marea majoritate a psihologilor de orientare cognitiv-comportamentală sunt de părere că, cu cât subiectul va pune mai mult în acțiune comportamentele de evitare, cu atât anxietatea sa va fi mai puternică. Psihologii militari, cu experiență în tratarea tulburării posttraumatice de stres, subliniază faptul că intervenția precoce este crucială pentru succesul tratamentului.

În timpul crizei, supraviețuitoarele violurilor se află într-o stare de puternică activare emoțională, fapt ce le determină să fie mai predispuse la dezvăluiri față de un ascultător atent și suportiv. Ele manifestă tendința de a repeta relatarea faptelor, fenomen care trebuie încurajat de către terapeut, deoarece are un efect cathartic.

Terapeutul va trebui să acționeze astfel încât să normalizeze reacțiile emoționale de mare amploare, solicitând completarea relatării. Dezvăluirea completă a celor petrecute este un proces dificil, pentru că multe dintre supraviețuitoare fie nu-și mai amintesc toate detaliile, fie evită să se mai confrunte direct cu amenințările anxiogene. Trebuie subliniat faptul că multe victime au fost descurajate de familie și prieteni să-și dezvăluie experiențele traumatizante, considerând că este mai bine ca acestea să fie date uitării.

Cu toate acestea, sub aspect psihoterapeutic, descrierea evenimentului și relatarea cogniților și stărilor afective trăite reprezintă prima formă de expunere. Expunerile incomplete sau spontane (amintiri intruzive, coșmaruri) au un efect terapeutic mult mai slab, deoarece nu se includ toți stimulii condiționali, reducerea simptomelor tulburării posttraumatice de stres neputând să se producă. După părerea lui

Keane, Zimmerling și Caddell (1985), cu cât sunt abordate mai multe detalii în timpul expunerii în plan imaginativ, cu atât aceasta va fi mai completă și va facilita procesul de stingere a simptomelor de stres.

Pe măsură ce pacienta își descrie experiențele, terapeutul trebuie să evalueze prezența și intensitatea simptomelor de stres posttraumatic, precum și dificultățile sau tendințele de evitare pe care le manifestă aceasta în redarea evenimentului traumatic. De asemenea, terapeutul va nota gândurile și stările afective dezadaptative legate de rolul victimei în producerea traumei, va întări gândurile și emoțiile adaptative, va începe treptat să adreseze provocări celor dezadaptative și în cele din urmă o va ajuta pe pacientă să le substituie.

Obiectivul terapeutului constă în a o ajuta pe pacientă să-și reamintească evenimentul traumatic, să accepte faptul că acesta a avut loc și să proceseze gândurile și stările afective negative aferente.

Stabilirea și menținerea alianței terapeutice

Așa cum am mai subliniat, stabilirea și menținerea relației sau alianței terapeutice, deși adesea dificil de realizat în stare de criză, aunr absolut necesare pentru succesul demersului terapeutic. Având puține contacte cu clienta, terapeutul va trebui să stabilească această relație într-un timp foarte scurt, utilizând atât strategii verbale, cât și nonverbale, pentru a acorda pacientei înțelegere, suport afectiv și încredere în posibilitatea de a depăși situația.

Acest demers este deosebit de delicat, deoarece supraviețuitoarele unei situații de viol și-au pierdut încrederea în sine și în ceilalți și au tendința de a evita confruntarea cu amintirile legate de trauma suferită și prin urmare și cu terapeutul. Victima va trebui să fie susținută și ajutată să depășească rezistențele la psihoterapie prin intermediul unui demers suportiv care să-i valideze trăirile.

După ce a realizat o relativă normalizare a trăirilor afective și a trezit speranța pacientei în viitor, terapeutul va trebui să stabilească împreună cu aceasta obiectivele terapiei care vor fi reducerea anxietății și a comportamentelor de evitare. Adesea, pacientele pot să nu fie de acord cu aceste obiective, ele dorind să mențină anxietatea pentru a motiva comportamentele de evitare în ideea că, dacă evită confruntarea cu situația traumatizantă, aceasta nu se va mai repeta.

Terapeutul trebuie să le ofere pacienților explicații suplimentare legate de faptul că obiectivele lor nu vor conduce la rezolvarea problemei, apoi să le prezinte obiective alternative, într-o manieră per-

misivă. Odată obținut acordul cu privire la obiectivele psihoterapiei, se va trece la procesul de negociere a sarcinilor terapeutice. Terapeutul va pune în discuție importanța expunerii verbale, pe care, de asemenea, multe paciente o vor considera prea amenințătoare. Chiar dacă pacienta e de acord cu obiectivele terapiei și cu însemnătatea relatărilor referitoare la evenimentul traumatic, aceasta poate prezenta în continuare rezistență care se manifestă sub forma anxietății de disconfort și a sentimentului de rușine (Muran și DiGiuseppe, 2000).

În cazul în care pacienta refuză să-și povestească istoria, terapeutul îi va spune că multe dintre supraviețuitoarele unor experiențe de viol prezintă astfel de dificultăți în relatarea traumei suferite, interogând-o apoi în legătură cu stările afective pe care le încearcă. Multe paciente vor recunoaște faptul că le e rușine sau că sarcina este prea dificilă pentru ele. Dacă pacientele sunt capabile să-și exprime aceste emoții, terapeutul va sublinia importanța procesării acestora, deoarece ele blochează calea demersului terapeutic.

Practica a arătat însă că o serie de paciente nu sunt capabile să-și conștientizeze blocajul emoțional și, din acest motiv, DiGiuseppe (1991) recomandă o abordare mai directivă, terapeutul adresându-se pacientei astfel: „Multe femei care au trăit experiențe similare s-au considerat prea lovite pentru a povesti ceea ce li s-a întâmplat. Cum vezi această problemă?"

În cazul unui răspuns afirmativ, terapeutul va continua: „Multe femei se simt rușinate la gândul că persoanele din jur vor avea o părere proastă despre ele, auzind ceea ce li s-a întâmplat. Altele consideră că este prea dificil să discute despre trauma suferită. Trauma a fost oricum foarte dureroasă. Care este reacția ta: prima, cea de-a doua, ambele sau niciuna dintre acestea?"

Restructurarea cogniților care conduc la apariția rezistențelor

Terapeutul va căuta să abordeze gândurile și convingerile disfuncționale care stau la baza apariției sentimentelor de jenă sau rușine (ca de pildă convingerea că terapeutul va gândi rău despre pacientă atunci când va afla ce anume i s-a întâmplat). Acestea vor fi discutate împreună cu pacienta și vor fi combătute prin tehnici specifice terapiei cognitive. De asemenea, vor fi abordate gândurile negative legate de faptul că victima ar fi vinovată de ce i s-a întâmplat, precum și cele referitoare la lipsa ei de valoare ca persoană.

Joyce (1992) recomandă ca pacienților să li se explice faptul că au suferit o situație frustrantă ieșită din comun și că sarcina de a vorbi despre cele întâmplate este mult prea dificilă. Aceasta reprezintă o metodă indirectă de creștere a rezistenței la frustrare, provocând victima să reacționeze în sens contrar sugestiei și să relateze evenimentul petrecut. De asemenea, pacientelor trebuie să li se explice că este mai bine să suporte un disconfort temporar decât o suferință pe termen lung.

Culegerea de informații în legătură cu situația stresantă

După ce clienta a relatat experiența traumatizantă, terapeutul trebuie să adune informații referitoare la problemele curente, la funcționarea psihică în viața cotidiană, precum și la suporturile sociale de care dispune aceasta. De asemenea, este necesar ca terapeutul să ia în considerare riscul suicidar, aspectele personalității premorbide, caracteristicile relațiilor interpersonale, precum și existența altor situații psihotraumatizante în antecedente.

După realizarea interviului clinic, terapeutul va informa pacienta în legătură cu simptomele tulburării posttraumatice de stres (Muran și DiGiuseppe, 2000, p. 156). Simptomele tulburării posttraumatice de stres apar după ce o persoană a trăit un eveniment traumatizant extrem, așa cum este violul, eveniment în care poate fi amenințată și viața persoanei. Aceste simptome pot afecta funcționarea psihică din viața cotidiană, precum și relațiile cu cei din jur.

„Evenimentul îți marchează uneori existența dacă îl retrăiești în gând sau în timpul viselor; ca atare, vei simți o nevoie puternică să eviți activitățile, situațiile, sentimentele și gândurile care sunt asociate cu violul. Vei deveni nervoasă și agitată atunci când te vei confrunta cu orice stimul care îți amintește de experiența trăită.

Te vei simți foarte speriată, vei plânge frecvent, îți vei pierde pofta de mâncare și vei avea tulburări de somn. Vei avea și tulburări somatice care îți vor aminti de cele petrecute. După ce au fost violate, majoritatea femeilor trăiesc sentimente de tristețe, depresie, scăderea stimei de sine, vinovăție, rușine, jenă, sentimente de autoblamare și furie. Aceste sentimente îți pot afecta întreaga viață și activitate. Vei avea tulburări de dispoziție care vor influența negativ relațiile sociale.

În cazul în care violatorul este o persoană cunoscută, încrederea ta în oameni va fi zdruncinată. Indiferent dacă violatorul este sau nu o persoană cunoscută, lumea nu ți se va mai părea sigură. Vei avea im-

presia că singura cale de a te simți în siguranță ar fi retragerea. Cu toate acestea, trebuie să ai în vedere faptul că acum, mai mult ca niciodată, ai nevoie de sprijin din partea familiei și prietenilor. Violul reprezintă o experiență care te poate face să te simți foarte izolată, dar trebuie să conștientizezi faptul că nu ești singură și că există oameni care te pot ajuta."

Informațiile în legătură cu simptomele pe care le trăiesc victimele violurilor contribuie la normalizarea trăirilor pacientei și o ajută pe aceasta să-și recapete autocontrolul.

Strategiile terapeutice pentru victimele violurilor (Muran și DiGiuseppe, 2000, p. 157)

Psihotrauma suferită va afecta negativ funcționarea psihică, relațiile interpersonale și activitatea sexuală. În vederea reducerii secvelelor stresului posttraumatic, autorii propun un program psihoterapeutic denumit program de autocontrol al stresului. Acest program elaborat de Meichenbaum (1970) și adaptat pentru victimele violurilor de către Kilpatrick, Veronen și Resick (1982) are ca obiectiv înarmarea pacientelor cu metode de a depăși anxietatea și fricile și de a optimiza modul de funcționare psihică în situații psihotraumatizante. Programul include un antrenament care durează aproximativ 12 săptămâni, cu ședințe de psihoterapie săptămânale de 90 de minute. Muran și DiGiuseppe (2000) sunt de părere că, mai ales pentru situațiile de criză, acest program ar trebui scurtat.

Prima etapă a programului este una educațională, în care se prezintă pacientei principiile tehnicii psihoterapeutice aplicate: condiționarea, generalizarea și aspectele cognitive.

Reacțiile pacientei la stres sunt sistematizate în trei categorii: reacții fiziologice (autonome), reacții comportamentale (motorii) și reacții în plan cognitiv. Terapeutul va discuta cu pacienta interacțiunile care se stabilesc între cele trei modalități de a reacționa.

Etapa a doua este dedicată însușirii unor strategii de a face față anxietății. Acestea sunt următoarele:

1. Tehnica respirației controlate

Se utilizează respirația abdominală (diafragmatică), inspirată din tehnicile hatha-yoga, pe ritmul 4 inspirație și 4 expirație. Experiența noastră clinică a evidențiat faptul că treptat se poate mări durata expirației, fapt ce are un efect relaxant asupra pacientei, ajungându-se la

ritmul V2 (inspirație 1 sau multipli, expirație 2 sau multipli) (Holdevici, Vasilescu, 1988).

Terapeutul va demonstra modul de realizare a exercițiilor în timpul ședinței de psihoterapie, va lucra cu pacienta în cabinet, apoi va trasa ca sarcină pentru acasă efectuarea acestora.

2. Relaxarea musculară

Deși autorii recomandă utilizarea relaxării musculare Jacobson și a variantelor acesteia, am constatat faptul că la pacientele din țara noastră se obțin rezultate superioare în urma aplicării ciclului inferior al antrenamentului autogen Schulz (exercițiile de greutate, căldură și destindere generală) (Holdevici, 2000). Ca și în cazul exercițiilor de respirație, pacienta va învăța și va exersa relaxarea la început împreună cu terapeutul și apoi independent.

3. Tehnica imaginației dirijate

Pacienta aflată în stare de relaxare musculară va trebui să-și imagineze o situație generatoare de anxietate și apoi să se vadă pe sine făcând față cu bine situației respective.

4. Jocul de rol și antrenamentul asertiv

Aceste tehnici vor fi utilizate mai ales pentru optimizarea comunicării în situațiile interpersonale. Astfel, pacienta va fi învățată să-i împărtășească partenerului de viață temerile sau disconfortul sexual.

5. Restructurare cognitivă

Supraviețuitoarele situațiilor de viol nutresc adesea gânduri dezadaptative legate de autoblamare, imposibilitatea de a controla viitorul sau lipsa de sens a acestuia. Psihoterapia cognitivă le ajută să-și restructureze convingerile negative că lumea este periculoasă și nesigură sau că ele sunt persoane incompetente. Pacientele vor învăța să identifice, să evalueze și să modifice astfel de gânduri și convingeri disfuncționale.

Muran și DiGiuseppe (2000) consideră că „în asemenea cazuri nu trebuie să se insiste prea mult asupra tendinței pacientei de a catastrofiza situația, pentru că automat pacienta va respinge o astfel de abordare, pe care nu o va considera irațională, întrucât orice persoană ar fi de acord că este îngrozitor să fii violată". În cazul în care terapeutul ar aborda în mod clasic problematica, acest lucru ar duce la

destrămarea alianței terapeutice. O modalitate corectă de abordare ar fi aceea în care trauma este recunoscută ca atare, dar este redefinită într-o manieră adaptativă. „Am trecut printr-o experiență îngrozitoare, însă am fost suficient de puternică pentru a supraviețui."

O problemă importantă o reprezintă gândurile de autoînvinovățire ale victimelor, care de cele mai multe ori au tendința de a se simți responsabile pentru ceea ce li s-a întâmplat.

Yanoff-Bulman (1979) consideră că o strategie eficientă ar fi aceea de a atribui vinovăția modului de comportament și nu subiectului ca persoană. Mai precis, dacă pacienta consideră că modul ei de a se comporta stă la baza celor petrecute („aș fi putut să nu merg singură noaptea), acesta reprezintă un element modificabil și o poate ajuta să-și recâștige sentimentul autocontrolului. Atribuirea vinovăției persoanei respective („sunt o ființă rea și din acest motiv mi s-a întâmplat nenorocirea) este contraproductivă și conduce la depresie și anxietate.

6. Tehnica stopării gândurilor

Obiectivul acestei tehnici constă în stoparea afirmațiilor și imaginilor obsesive dezadaptative.

La început, pacienta va fi solicitată să-și imagineze și să se gândească la stimulii anxiogeni, după care terapeutul o va întrerupe spunând *stop*! Apoi aceasta va realiza exercițiul singură, la început cu voce tare, iar ulterior în limbaj interior.

Gândurile negative dezadaptative care trebuie oprite sunt de tipul următor:

„Sunt o ființă ratată."

„A fost greșeala mea."

„Nimeni nu trebuie să știe că am fost violată."

„Niciodată nu voi mai fi aceeași persoană."

„Nu voi mai avea încredere în nimeni" etc.

7. Tehnica dialogului dirijat

Metoda constă în identificarea cogniților cu conținut dezadaptativ și substituirea lor cu unele adaptative.

Etapele care trebuie parcurse sunt următoarele (Muran și DiGiuseppe, 2000, p. 161):

- Faza de pregătire: identificarea problemei și evaluarea consecințelor ei negative.

- Faza de confruntare: fragmentarea obiectivului în paşi mici care pot fi parcurşi.
- Faza de management al anxietăţii: imaginarea anxietăţii ca fiind temporară şi controlabilă.
- Faza de întărire: autocomenzi cu conţinut pozitiv după realizarea acţiunii.

Victimele violurilor trebuie încurajate de către psihoterapeut să apeleze la suporturile sociale de care dispun (să se adreseze familiei, prietenilor, să se mute împreună cu cineva, să-şi instaleze un sistem de alarmă etc.). De asemenea, trebuie discutate dificultăţile sexuale cu care se confruntă în urma traumei atât victima, cât şi partenerul acesteia.

Terapeutul va sprijini pacientele să întreprindă şi controalele medicale necesare, mai ales că multe dintre ele pot considera aceste controale ca pe o nouă agresiune care le determină să retrăiască psihotrauma. Tehnicile de expunere nu sunt indicate în situaţia de criză, acestea conducând la o supraactivare emoţională a pacientei.

Intervenţia în criză are un caracter limitat în timp, obiectivul acesteia fiind stabilizarea pacientei şi formarea unor strategii adaptative pe termen scurt. După depăşirea crizei poate fi aplicată o strategie cognitiv-comportamentală mai structurată. Trebuie să subliniem faptul că, deşi am luat în discuţie mai ales pacienţii de sex feminin, practic, oricine poate fi victima unui viol.

Prin întreaga sa atitudine terapeutul trebuie să asigure un echilibru între empatie şi suport afectiv şi încrederea în posibilităţile persoanei de a depăşi situaţia dificilă în care se află.

Intervenţia cognitiv-comportamentală în cazul victimelor traumelor produse de confruntările militare

Kimble, Riggs şi Keane (1998) au conceput un model de terapie utilizat în cazul victimelor traumelor de război. Autorii prezintă spre exemplificare următorul caz clinic (Kimble, Riggs şi Keane, 1998, p. 113):

Domnul J., în vârstă de 48 de ani, veteran al războiului din Vietnam, se prezintă la psihoterapie pentru coşmaruri având drept tematică situaţiile de luptă, tulburări de somn, hiperreactivitate la stimuli minori, hipervigilenţă, tendinţă de izolare socială, crize de mâ-

nie și idei suicidare. Interviul clinic a evidențiat și alte aspecte, cum ar fi: dizarmonii în sfera relațiilor maritale, șomaj, dureri cronice la coloana vertebrală și la un picior, tendința de a abuza de alcool, toate acestea pe fondul unei personalități dizarmonice de tip borderline și antisociale.

Pacientul a luptat 22 de luni ca pușcaș marin, apoi a fost trecut în rezervă în urma unui traumatism la picior. După întoarcerea din Vietnam, acesta nu a lucrat timp de un an, aflându-se în refacere după traumatismul suferit. În acea perioadă, el a început să bea pentru a-și calma durerile de la picior și pentru a putea dormi. Ulterior el și-a găsit un serviciu cu ajutorul unui prieten, serviciu pe care l-a abandonat în scurt timp. În următorii 22 de ani a prestat tot felul de munci pe care le refuzau, de regulă, alte persoane. El bea frecvent la locul de muncă și avea altercații cu colegii.

Pacientul s-a căsătorit, a avut doi copii și a divorțat după trei ani, recăsătorindu-se după alți zece ani. Cu cinci ani înainte de a se prezenta la psihoterapie domnul J. și-a pierdut ultimul serviciu, deoarece firma respectivă s-a restructurat și de atunci el nu a mai lucrat nicăieri. După pierderea serviciului, simptomele sale cauzate de stres posttraumatic, precum și abuzul de alcool s-au accentuat foarte mult.

Pacientul și soția acestuia au relatat o creștere semnificativă a conflictelor și violențelor intrafamiliale în ultimele șase luni, deși violențele nu s-au soldat cu lovituri care să necesite tratament spitalizat. Soția l-a amenințat că îl va părăsi, dar se temea să o facă din cauza ideilor suicidare ale pacientului.

După cum se poate constata, este vorba de o problematică deosebit de complexă, abordarea terapeutică a unor simptome îngreunând sau chiar venind în contradicție cu abordarea celorlalte.

În astfel de cazuri, demersul cognitiv-comportamental oferă terapeutului strategii suficiente care să poată fi aplicate. Psihoterapia cognitiv-comportamentală include o serie de tehnici menite să rezolve anumite simptome și probleme în sfera comportamentală, tehnici care au cel puțin următoarele elemente comune (Kimble; Riggs și Keane, 1998):

- psihoterapeutul pornește de la premisa că simptomele și comportamentele cu caracter dezadaptativ reprezintă elemente învățate;
- demersul terapeutic se bazează pe obținerea unor dovezi empirice privind eficacitatea tehnicilor aplicate;

- demersul terapeutic este adaptat problematicii fiecărui client în parte;
- psihoterapia cognitiv-comportamentală reprezintă un proces de rezolvare de probleme, în cadrul căruia terapeutul formulează ipoteze referitoare la stimulii, reacțiile, factorii conjuncturali și procesele cognitive care generează și menține comportamentele dezadaptative și realizează o serie de demersuri de verificare a acestora, precum și de soluționare a problemelor-simptom.

Intervențiile cognitiv-comportamentale reprezintă experimente realizate asupra unor cazuri unice, experimente în care se formulează ipoteze, se manipulează variabile, se adună date, se evaluează rezultatele și se planifică intervențiile viitoare pe baza acestora.

În cazul supraviețuitorilor unor situații traumatice, care prezintă simptome multiple, terapeutul va formula în mod spontan mai multe ipoteze de lucru, referitoare la interrelațiile simptomelor, la alte probleme secundare, precum și la factorii care contribuie la menținerea acestora.

La ora actuală, psihoterapeuții de orientare comportamentală pun un accent deosebit pe rolul anxietății și tendințelor de evitare în menținerea celorlalte simptome. Pacienții reușesc parțial să evite anxietatea utilizând diferite strategii comportamentale și cognitive (retragere, disociere etc.). Totodată, aceste mecanisme de evitare îngreunează procesarea terapeutică a aspectelor de natură emoțională, procesare absolut necesară pentru depășirea efectelor psihotraumei (Foa, Riggs și Keane et al., 1998).

Din acest motiv, terapeuții comportamentaliști își concentrează atenția mai ales asupra tehnicii de tipul expunerii la stimuli anxiogeni. Kimble, Riggs și Keane (1998), fără a minimaliza rolul anxietății și al strategiilor de evitare, consideră că simptomatologia tulburărilor posttraumatice de stres este produsă și menținută și de alți factori ce țin de relația dintre anxietatea provocată de trauma suferită și alte probleme ale subiectului. Autorii menționați disting următoarele situații:

1. Problemele-simptom apar și sunt menținute de nevoia pacientului de a ține anxietatea sub control.

2. Problemele-simptom apar ca o reacție la anxietate, dar sunt menținute de alți factori.

3. Problemele sunt create și menținute de alți factori care nu au legătură cu anxietatea.

4. Problemele sunt generate de alți factori care nu au legătură cu anxietatea, dar sunt menținuți pentru că îl ajută pe subiect să facă față anxietății.

Așadar, anxietatea nu mai trebuie considerată ca fiind singurul factor etiologic care contribuie la producerea și menținerea celorlalte simptome, iar demersul psihoterapeutic nu se va focaliza exclusiv asupra acesteia, ci asupra unei multitudini de aspecte.

Kimble, Riggs și Keane (1998) au elaborat un model de psihoterapie realizat în mai multe faze (model fazic), model ce permite efectuarea unor intervenții terapeutice în mai multe zone în care apar aspecte psihopatologice. Acest model de psihoterapie este flexibil, ține seama de priorități și presupune abordarea unor aspecte precise în perioade de timp bine definite. Modelul se utilizează cu adulții supraviețuitori ai unor evenimente traumatice deosebite și include șase etape sau faze:

1. Etapa de stabilizare emoțională și comportamentală, care presupune focalizarea demersului psihoterapeutic asupra gestionării crizei.

Terapeutul trebuie să se asigure că pacientul dispune de abilități, are resurse pentru a-și satisface trebuințele de bază și pentru a-și menține integritatea ca persoană.

2. Etapa de educație legată de evenimente traumatice.

Terapeutul va furniza pacientului informații referitoare la consecințele expunerii la evenimentul traumatic, precum și la simptomele tulburării posttraumatice de stres (TPS).

3. Etapa managementului stresului are ca obiectiv însușirea unor deprinderi de a face față stresului, anxietății, precum și problemelor interpersonale.

4. Etapa de focalizare asupra traumei presupune utilizarea unor tehnici specifice de expunere, în vederea reducerii efectelor anxietății specifice tulburării posttraumatice de stres.

5. Etapa de prevenire a recăderilor are ca obiectiv însușirea de către pacient a unor abilități și strategia de a face față recăderilor, precum și acțiunii altor factori stresanți.

6. Etapa de consolidare a achizițiilor.

Terapeutul și pacientul vor lucra împreună pentru a monitoriza modul de funcționare psihică a acestuia din urmă și pentru a asigura suportul și elementele necesare menținerii abilităților și strategiilor formate în timpul psihoterapiei.

Interviu preliminar

Interviul preliminar nu se limitează doar la primele ședințe cu pacientul, ci continuă pe tot parcursul demersului psihoterapeutic. Se urmărește mai ales identificarea rezistențelor subiectului la schimbare. După ce terapeutul și-a formulat o ipoteză cu privire la problemele pacientului, pot fi introduse tehnicile cognitiv-comportamentale de intervenție.

În cazurile complicate, interviul preliminar este dificil, pentru că terapeutul trebuie să evidențieze o multitudine de probleme care interacționează la nivel cognitiv, comportamental și emoțional, afectează o serie de domenii ale existenței (social, ocupațional, igiena personală) și care variază în funcție de perioada de timp ce s-a scurs de la producerea traumei. Astfel, atunci când se aplică tehnicile de expunere, terapeutul trebuie să monitorizeze riguros fluctuațiile nivelului de anxietate, prezența altor tulburări de dispoziție care pot reduce eficiența expunerii, factorii de stres la care este supus pacientul în cursul vieții cotidiene, precum și factorii de risc la care este expus acesta.

Keane și colaboratorii (1983, 1987, 1997) au pus la punct un model de evaluare multidimensional, care depășește simpla evaluare a simptomelor tulburării posttraumatice de stres, incluzând și analiza tipului de eveniment traumatic, modul specific de reactivitate al fiecărui pacient în parte, adaptarea acestuia la simptomele prezente, factorii socioculturali, comorbiditatea (alte afecțiuni pe care le prezintă pacientul), precum și alte elemente care pot afecta demersul terapeutic (Liz et al., 1992).

În cazul pacientului la care ne-am referit (domnul J.), evaluarea inițială a cuprins:

1. Interviu clinic axat pe problematica evenimentelor traumatice, a elementelor referitoare la autoconservare și preocupările pentru bunăstarea personală, precum și unele aspecte legate de problemele medicale, ocupaționale, sociale și juridice.
2. Expertiza psihiatrică.
3. Examen medical general.
4. Analiza fișei medicale și a situației militare.
5. Interviu de evaluare a efectelor evenimentului traumatic (Inventarul TPS-PTSD Checklist, Weathen et al.); Scalele de depresie și anxietate Beck (Beck et al., 1961;,1988) și Inventarul de personalitate Minnesota, MMPI2).

6. Testare psihofiziologică pentru evaluarea gradului de reactivitate la stimulii legați de psihotraumă (reflexul electrodermal asociat cu experimentul asociativ-verbal).

7. Interviu cu soția pacientului pentru a evalua dificultățile maritale, opiniile acesteia în legătură cu simptomele, precum și cu dificultățile soțului său în alte domenii ale existenței.

În urma evaluării inițiale a fost elaborată o schemă care evidențiază interrelațiile problemelor pacientului, schemă pe baza căreia au fost identificate zonele de intervenție (vezi pagina următoare). Se poate constata faptul că simptomele tulburării posttraumatice de stres, consumul excesiv de alcool și tentativele de suicid reprezintă în acest caz probleme prioritare.

Din analiza acestei diagrame deosebit de complexe se desprind și câteva concluzii în legătură cu organizarea intervențiilor terapeutice (Kimble, Riggs și Keane, 1998, p. 116).

1. Utilizarea tehnicii expunerii implozive sau a imersiunii: la începutul terapiei ar putea exacerba simptomele de stres posttraumatice, fapt ce ar contribui la creșterea consumului de alcool, la accentuarea conflictelor și violențelor, a tendinței de izolare, a ideației cu conținut suicidar, precum și a sentimentelor de culpabilitate.

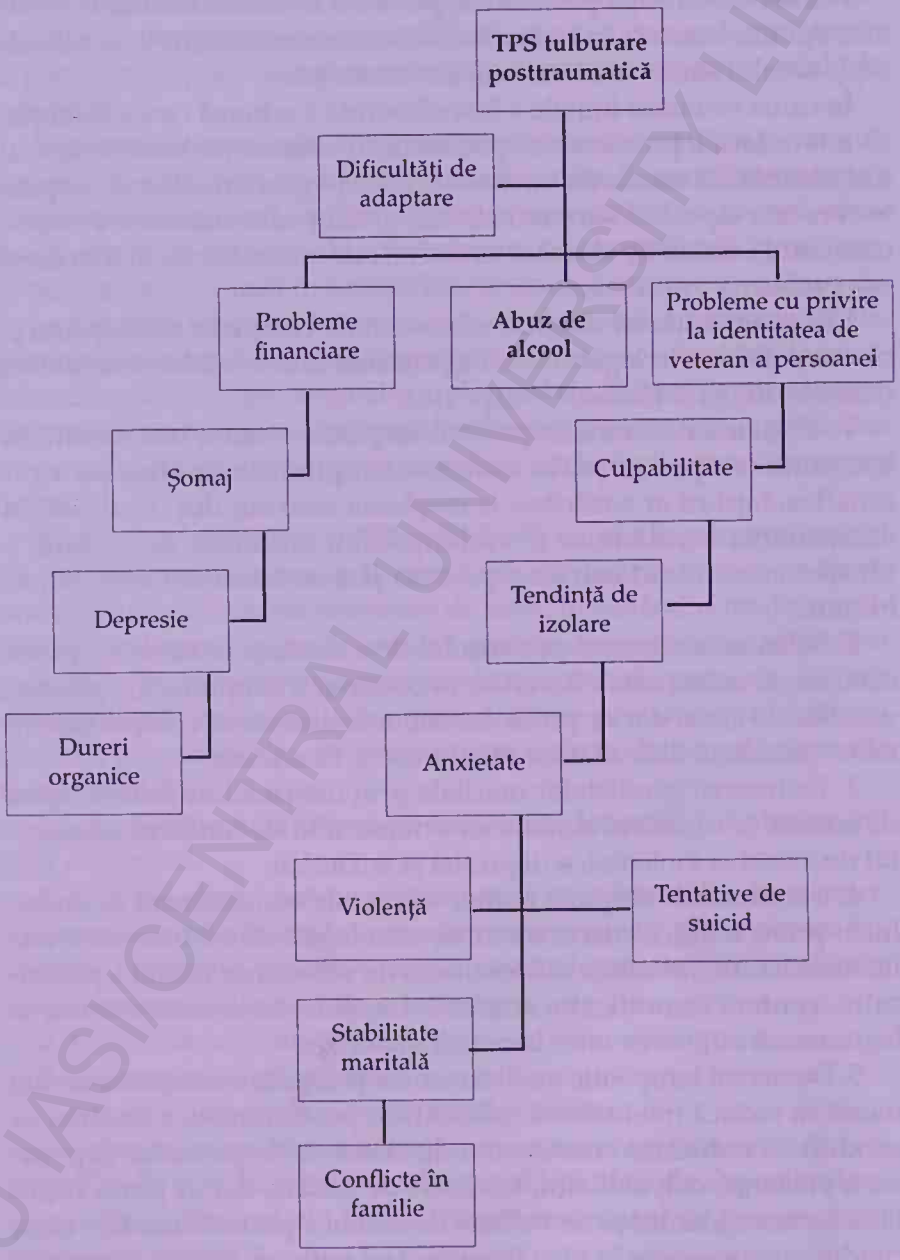
2. Solicitarea adresată pacientului de a renunța la alcool ar putea conduce la accentuarea durerilor organice și a simptomelor posttraumatice de stres, dar ar putea contribui la atenuarea comportamentelor violente, a dificultăților relaționale și financiare.

3. Reducerea conflictelor maritale prin intermediul psihoterapiei de familie va contribui la reducerea numărului de conflicte, a abuzului de alcool, a violenței, a depresiei și anxietății.

4. Introducerea timpurie a unor tehnici de management al stresului ar putea fi dificilă deoarece anxietatea legată de evenimentele traumatice își are rădăcinile în identitatea de veteran de război a pacientului, conferă semnificație actelor întreprinse în această calitate și legitimează obținerea unor beneficii materiale.

5. Demersul terapeutic medicamentos și cognitiv-comportamental menit să reducă intensitatea tulburărilor posttraumatice de stres va conduce la reducerea consumului de alcool, a simptomelor depresive, a violenței, culpabilității, tendinței de izolare, dar ar putea facilita acceptarea identității de veteran de război a pacientului, fapt ce ar conduce la consecințe în plan financiar (cel puțin pe moment), precum

Schema interrelațiilor problemelor pacientului
(după Kimble, Riggs și Keane, 1998, p.115)



BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

și la destrămarea căsniciei. (Soția se teme să divorțeze din cauza comportamentului suicidar al soțului.)

În astfel de cazuri, terapeutul va trebui să evalueze cât mai corect avantajele și riscurile fiecărei intervenții terapeutice realizate.

Terapeutul decide să înceapă intervenția lucrând asupra conflictelor și asupra asigurării securității familiei, ceea ce presupune un risc mic și efecte benefice pentru cei implicați.

Interviul clinic ce se va desfășura pe parcursul psihoterapiei trebuie să fie economic sub aspectul timpului, flexibil, să furnizeze informațiile necesare și corecte.

Kimble, Riggs și Kane (1998, p. 118) propun, în cazul tulburării complicate de stres posttraumatic, următoarea schemă de evaluare pe tot parcursul terapiei, evaluare ce se înscrie într-o matrice 2 x 3.

	Simptome	Intervenții	„Evenimente-cheie"
În timpul ședinței de psihoterapie	Evaluarea stării actuale, moment de moment: „Cum te simți acum?"	Schimbare în urma intervenției: „Cum te simți după ce ai aplicat metoda X?"	Procesare terapeutică: „Ce simți față de tratament?"
Între ședințele de psihoterapie	Evaluare săptămânală: „Cum te simți săptămâna aceasta?"	Schimbare în urma intervenției: „Cum s-au desfășurat temele pentru acasă?"	Evenimente de viață: „Cum s-a desfășurat săptămâna care s-a scurs?"

Pe baza informațiilor obținute, terapeutul va avea o mai mare garanție că intervențiile aplicate sunt corecte. Evaluările asupra evenimentelor dintre ședințele de psihoterapie au loc pe baza autoevaluărilor, a automonitorizărilor, precum și a informațiilor obținute de la persoanele semnificative din anturajul pacientului.

În timpul ședinței de psihoterapie se înregistrează următoarele aspecte:

- fluctuațiile simptomelor care au loc în timpul intervenției terapeutice;
- impactul tehnicilor utilizate asupra cognițiilor, emoțiilor și comportamentului subiectului;

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- aspectele cognitive, precum și alți factori care afectează tratamentul.

Între ședințele de psihoterapie se înregistrează:

- fluctuațiile simptomelor și stărilor emoționale de la o ședință la alta;
- impactul intervențiilor terapeutice care se resimte între ședințele de psihoterapie asupra emoțiilor și simptomelor;
- evenimentele-cheie care au loc în afara procesului terapeutic și care acționează asupra simptomelor și stărilor afective.

Evaluarea din timpul ședințelor de psihoterapie:

***Secțiunea 1*: „Cum te simți în acest moment?"**

Se utilizează scale de evaluare a anxietății, depresiei, irascibilității etc., aplicate de către terapeut sau pacient, observarea expresiilor emoționale, a reacțiilor fiziologice sau a altor indicatori considerați relevanți, în prezența unor stimuli, gânduri sau amintiri legate de evenimentul traumatizant. Astfel, în cazul domnului J., terapeutul a observat semne vizibile de supraîncordare în momentul în care soția i-a adresat unele remarci cu caracter critic, precum și tresăriri nervoase cauzate de amintirile dureroase declanșate de respectivele remarci. Pe baza acestor informații, terapeutul formulează ipoteza că remarcile critice ale soției declanșează la pacient un flux de amintiri dureroase.

Intervenția terapeutică inițială are drept scop „spargerea acestui pattern de comportament", iar tehnicile utilizate ar putea fi:

- terapie asertivă pentru exprimarea deschisă a trăirilor și emoțiilor pentru domnul J. (fără agresivitate sau defensivitate);
- sfaturi pentru soție în legătură cu maniera cea mai potrivită de ralaționare cu pacientul;
- tehnici de optimizare a comunicării și de diminuare a tendinței spre critică.

***Secțiunea 2*: „Cum te simți după ce ai încercat o intervenție terapeutică?"**

Terapeutul va utiliza tehnicile de evaluare pentru a testa efectele diverselor tehnici terapeutice. Astfel, se poate testa nivelul anxietății după practicarea tehnicilor de expunere, care au ca obiect amintirea și retrăirea cu cât mai multe detalii a traumei suferite.

În cazul în care nivelul anxietății nu se modifică în timpul exercițiului (în sensul creșterii), aceasta înseamnă că pacientul a omis unele detalii legate de cele petrecute, situație în care terapeutul va adresa întrebări suplimentare. Dacă anxietatea se reduce după terminarea exercițiilor, acesta este un semn că a avut loc procesarea terapeutică asupra simptomelor tulburării posttraumatice de stres.

Secțiunea 3: „Ce simți la tratament?"
(Reacția la tratament)

Terapeutul trebuie să evidențieze și reacțiile pacientului la terapie, mai ales factorii care stau în calea schimbării. Astfel, oricât de bine planificate și adecvate ar fi intervențiile psihoterapeutice, ele nu vor avea efecte dacă pacientul nu este motivat să lucreze cu terapeutul sau nu dorește să se schimbe.

Evaluarea din cadrul acestei secțiuni urmărește identificarea gândurilor și comportamentelor care blochează atingerea obiectivelor terapiei asupra cărora terapeutul și pacientul au căzut de acord și care pot fi considerate rezistențe în cazul pacienților cu tulburare posttraumatică de stres:

- neîncrederea în terapie sau psihoterapeut;
- sentimentele de iritare și mânie;
- lipsa de speranță;
- sentimentele de culpabilitate;
- beneficiile secundare obținute de pe urma bolii etc.

Aceste rezistențe pot fi evidențiate mai ales prin sesizarea comportamentelor incongruente. (De pildă, pacientul afirmă că dorește să-și însușească strategii psihologice de autocontrol al emoțiilor negative, dar refuză să le aplice în timpul ședinței de psihoterapie sau evită contactul vizual cu terapeutul.)

Terapeutul trebuie să-i atragă atenția pacientului asupra acestor manifestări, subliniind faptul că sarcinile trasate implică anumite elemente pe care acesta dinadins dorește să le evite. În cazul în care situația persistă, terapeutul și pacientul vor lucra împreună pentru a descoperi cauzele care stau la baza acestui fenomen.

Evaluările dintre ședințele de psihoterapie diferă de cele realizate în timpul acestora, se referă la evenimentele care au loc în afara cabinetului și se realizează pe bază de autoevaluări. Aceste strategii au menirea de a-l obișnui pe pacient să-și autoobserve stările psihice și comportamentul.

Mai ales la începutul terapiei, mulți pacienți omit să relateze astfel de evenimente, fie pentru că au unele rețineri să vorbească despre ele, fie deoarece nu sunt conștienți de importanța lor. Din acest motiv, terapeutul va trebui să adreseze întrebări de tipul: „Cum te-ai simțit săptămâna aceasta?", „Cum au mers temele pentru acasă?", „Cum a decurs săptămâna trecută?" etc., realizând astfel trecerea la următoarea secțiune.

Secțiunea 4: Simptomele

Întrebarea-cheie este: „Cum te-ai simțit săptămâna aceasta?"

Pacientul va fi instruit să-și autoobserve și automonitorizeze stările și comportamentele după modelul scalelor utilizate împreună cu terapeutul în timpul ședinței de psihoterapie. Astfel, în cazul pacientului J., terapeutul ar putea fi interesat de monitorizarea consumului de alcool, tipul și cantitatea ingerată.

Pentru automonitorizarea comportamentelor și autoevaluarea simptomelor se pot utiliza scale standardizate (PTSD – Symptom Scale: Foa et al., 1993) sau se pot alcătui scale de evaluare a simptomelor fiecărui pacient în parte.

0	50	100
Neanxios	Moderat anxios	Foarte anxios (panică)

Astfel de scale pot fi aplicate săptămânal în cazul în care pacientul primește ca sarcină pentru acasă să practice exerciții de relaxare. Acestea reprezintă surse utile de informații atât pentru terapeut, cât și pentru pacient, ele stând la baza formulării unor noi ipoteze terapeutice, precum și a unor intervenții specifice.

Secțiunea 5: Eficacitatea intervențiilor

Întrebarea-cheie este: „Cum au mers temele pentru acasă?" Aceasta va fi adresată săptămânal și va avea ca obiectiv testarea gradului de complianță al pacientului la intervențiile terapeutice.

În felul acesta se realizează focalizarea demersului asupra strategiei terapeutice aplicate și se creează expectații legate de exersarea noilor deprinderi de autoreglare însușite nu numai în timpul

ședinței de psihoterapie, ci și acasă, între ședințe. Se obțin astfel informații referitoare la eficacitatea intervențiilor terapeutice alese de terapeut.

Există un număr de pacienți care realizează bine exercițiile în timpul ședinței de terapie (de exemplu, relaxarea), dar au dificultăți să lucreze individual. În astfel de cazuri, terapeutul poate adresa și întrebări directe: „Cum a mers exercițiul de relaxare săptămâna trecută?" Pacientul va furniza informații utile de care se va ține seama în continuare. Astfel, el ar putea spune: „Mi-e teamă să stau cu ochii închiși atunci când sunt singur acasă", „Nu am putut să opresc fluxul amintirilor dureroase atunci când am încercat să mă relaxez", „Nu m-am putut relaxa prea bine pentru că la mine acasă este mult zgomot".

Terapeutul va putea interveni asupra fiecărei variabile evidențiate până când se va ajunge la modelul optim de relaxare. Astfel, i se poate cere pacientului să se relaxeze cu ochii deschiși, apoi cu ochii închiși; de asemenea, se va utiliza în cursul ședinței de psihoterapie și relaxarea fără sugestii verbale (pe fond muzical), se vor experimenta diverse poziții în care se realizează relaxarea etc.

Secțiunea 6: „Evenimentele-cheie"

Întrebarea la care se răspunde este următoarea: „Cum a decurs săptămâna pentru tine?"

În cazul tulburării posttraumatice de stres, abordarea terapeutică este complicată de multitudinea simptomelor care interacționează, precum și de relațiile reciproce dintre simptome și evenimentele de viață.

Din acest motiv, planul psihoterapiei poate fi modificat radical în funcție de schimbările care au loc în viața pacientului. Astfel, aceeași intervenție terapeutică, expunerea la stimulii anxiogeni, se dovedește benefică dacă pacientul este abstinent, trăiește într-un mediu familial stabil și are serviciu, și ineficientă sau chiar malefică dacă acesta este alcoolic, violent în familie și se află în șomaj.

Așa cum am mai subliniat, pacienții care suferă de tulburare cronică, persistentă, provocată de stresul posttraumatic întâmpină dificultăți de funcționare în diverse sectoare ale vieții și activității lor: lipsa unei locuințe, greutăți financiare, probleme în sfera relațională, conflict cu legea, probleme de sănătate în sfera somatică, acces dificil la serviciile de sănătate publică sau aranjamente riscante, în afara legii, pentru a-și asigura subzistența.

În astfel de cazuri, odată cu începerea terapiei se pot declanșa crize într-una sau în mai multe zone ale existenței, situație în care demersul se va comuta de la intervenția planificată către stabilizarea zonelor de criză. Evenimentele negative de viață vor influența nefavorabil psihoterapia, vor prelungi durata acesteia și vor crea o serie de frustrări atât pentru pacient, cât și pentru terapeut.

În cazul în care un eveniment de viață nu afectează major planul de terapie, psihoterapeutul va stabiliza pacientul și apoi va reveni la intervențiile programate.

În încheiere trebuie subliniat faptul că în cazurile de tulburare complexă și persistentă din cauza stresului posttraumatic ar fi necesară o abordare interdisciplinară a pacientului, în cadrul echipei urmând să fie cooptați psihologul, medicul psihiatru, medici de alte specialități, precum și asistentul social. Cu toate acestea, este posibil ca abordarea pacienților de către mai mulți specialiști să le sporească gradul de vulnerabilitate, din pricina faptului că ei ar trebui să relateze mai multor persoane cele petrecute, fapt ce ar putea accentua teama, depresia, lipsa de speranță, sentimentele de culpabilitate și rușine.

Consiliere și psihoterapie cognitiv-comportamentală în cazul crizelor produse de abuzul de substanțe psihoactive

Ramsay și Newman (2000) consideră că tratamentul subiecților care abuzează de substanțe este dificil, deoarece consumul prelungit al acestora conduce la dereglări ale sistemului nervos central, consecințele făcându-se simțite atât la nivelul procesării informației, cât și în planul echilibrului emoțional.

Netratate, aceste efecte conduc la creșterea abuzivă și compulsivă a consumului, care afectează toate sectoarele vieții psihice și devine unica strategie de a face față tulburărilor emoționale și situațiilor stresante specifice vieții cotidiene (Follette, 1998; Koab și Le Moal, 1997).

Sunt subminate astfel toate resursele adaptative ale persoanei: forța egoului, voința, suporturile sociale, locul de muncă, starea sănătă-

ții și capacitatea de rezolvare a problemelor. Rezistența emoțională a consumatorului scade foarte mult, reacțiile sale afective căpătând un caracter imprevizibil din cauza tulburărilor de natură neurologică (Nessi și Brudge, 1997). Pacientul se identifică tot mai mult cu rolul social de consumator de substanțe psihoactive, structura sa psihică devenind tot mai rezistentă la schimbare (Klion și Ofenninger, 1997).

Din acest motiv, consumatorii de alcool și droguri reprezintă unul dintre grupurile de risc cele mai expuse la situațiile de criză psihologică. Deși acești subiecți resimt o serie de efecte negative în urma abuzului de substanțe, ei sunt ambivalenți față de psihoterapie și, de regulă, nu doresc în mod real să-și modifice comportamentul. Această ambivalență se manifestă și în cazul pacienților care au fost internați forțat pentru dezintoxicare în urma unei hotărâri judecătorești.

O categorie aparte o formează acei pacienți care se prezintă la terapie la dorința altei persoane (membrii familiei) sau pentru alte probleme psihopatologice. Aceștia au tendința de a nega sau minimaliza problema abuzului, fapt ce creează dificultăți suplimentare pentru psihoterapeut, care nu trebuie să se lase prins în capcana întinsă de pacient. Deși acești pacienți nu s-au confruntat cu probleme medico-legale, ei pot declanșa crize psihologice în timpul tratamentului, cu efecte negative asupra desfășurării acestuia.

Prochaska, Di Clemente și Norcross (1992) propun un model de psihoterapie rezultat în urma unor cercetări empirice care s-a dovedit eficient în tratamentul toxicomanilor și alcoolicilor și care cuprinde următoarele etape:

1. Ignorarea schimbării

În această etapă, subiectul nu manifestă nicio intenție de a se schimba și ignoră consecințele negative ale comportamentului său. În cazul în care ajunge la tratamentul psihoterapeutic, acest lucru se întâmplă în urma unei presiuni din afară.

2. Acceptarea schimbării

Pacientul devine conștient de problemele care au apărut ca urmare a abuzului de substanțe și începe să se gândească la o posibilitate de schimbare, dar nu întreprinde încă nimic concret în această direcție. Acesta evaluează în mod pasiv argumentele pro și contra consumului de alcool sau droguri.

3. Etapa de pregătire

Subiectul începe să întreprindă unele acțiuni pentru a întrerupe consumul (reduce dozele, nu consumă nimic într-o anumită perioadă etc.). În această etapă, pacientul afirmă că dorește să devină abstinent în viitor, pregătindu-și un plan de acțiune în acest sens.

4. Etapa acțiunii propriu-zise

Pacientul face eforturi serioase pentru a-și modifica deprinderile adictive, rezultatele fiind evidente. În această etapă, el se simte mândru și încrezător în forțele sale, deși este încă foarte vulnerabil la recăderi.

5. Etapa de stabilizare

Autorii consideră că putem vorbi despre această etapă atunci când subiectul a menținut abstinența cel puțin șase luni și și-a modificat stilul dezadaptativ de existență.

Aceste etape nu reprezintă fazele unui proces liniar, căci practica a demonstrat faptul că se produc progrese și recăderi, pacienții evoluând într-o manieră ciclică. Primele două etape se caracterizează printr-o puternică tendință de negare și raționalizare a problemei, pacienții afirmând că nu beau sau nu consumă droguri, sau minimalizând consumul și efectele acestuia. Ei și-au format convingeri eronate referitoare la abuzul de substanță, ca de pildă: „un bărbat adevărat este capabil să-și controleze băutura; cocaina nu este atât de nocivă atunci când o prizezi" etc.

În cazul în care convingerile respective sunt puternic înrădăcinate, acestea constituie punctul central al schemei cognitive de bază, negarea reprezentând o modalitate de a o menține. La aceasta se adaugă și dependența de tip biochimic, care contribuie, la rândul său, la îngreunarea tratamentului.

Formele fenomenului de negare la pacienții care abuzează de alcool sau droguri (Ramsay și Newman, 2000, p. 129):

1. Ignorarea și minimalizarea

Unii pacienți nu menționează nimic în legătură cu consumul lor de substanță, până când terapeutul nu-i chestionează în mod expres. Chiar și cei care recunosc acest lucru au tendința de a minimaliza problema („beau doar două-trei pahare pe săptămână").

Terapeutul va trebui să adreseze întrebări foarte precise referitoare la cantitatea, tipul de băutură și împrejurările în care aceasta este

consumată. Cu cât interviul clinic este realizat mai atent, cu atât terapeutul își va da seama de dimensiunile reale ale problemei.

2. Raționalizarea–justificarea

În cazul în care pacientul prezintă consecințele evidente ale consumului de alcool sau droguri, el va căuta să aducă argumente pentru a-și justifica acest tip de comportament: „Eu nu consum decât vin; țigările cu cocaină reprezintă singura mea bucurie" etc.

Beck, Wright, Newman și Liese (1993) consideră că aceste afirmații reprezintă o modalitate de legitimare a consumului (subiectul cere permisiunea să consume droguri sau alcool).

Rezistențele la psihoterapie

Este cunoscut faptul că rezistențele reprezintă comportamente care vin în contradicție cu obiectivele psihoterapiei și au menirea de a contribui la conservarea vechilor structuri psihice dezadaptative.

În cazul subiecților toxicomani, acestea se manifestă prin neparticipare sau participare limitată la psihoterapie. Pacienții pot răspunde monosilabic și superficial, nu-și îndeplinesc sarcinile pentru acasă și nu-și modifică stilul de viață. Uneori, ei evită să discute problema reală, orientând conversația într-o altă direcție: „Problema mea reală este relația cu prietenul meu".

Terapeutul care lucrează cu astfel de subiecți se află într-o situație conflictuală: în cazul în care îl abordează mai autoritar, subiectul se va retrage și va abandona terapia, iar în cazul în care dorește să formeze o relație terapeutică caldă și apropiată, riscă să valideze comportamentul patologic al acestuia. Ramsay și Newman (2000) sunt de părere că prima sarcină a terapeutului constă în crearea unui cadru constructiv de colaborare și în elaborarea unui plan de acțiune. Acesta nu trebuie să ignore datele clinice, dar nici să-l blameze pe pacient, tratându-l cu respect și înțelegere, fără a ezita însă să abordeze subiecte neconvenabile. Cu alte cuvinte, atitudinea terapeutului trebuie să realizeze un echilibru între acceptare și acțiunile în direcția schimbării.

Deși pacienții care au probleme cu abuzul de substanțe psihoactive nu sunt la început dispuși să discute această problemă cu psihoterapeutul, ei vor accepta să abordeze alte aspecte care îi deranjează. Astfel, s-a constatat faptul că, de regulă, consumatorii depresivi de droguri sunt mai receptivi la tratament, comparativ cu cei care suferă

de tulburare de personalitate antisocială (Woody et al., 1983; Woody, McLellan și O'Brien, 1990).

Concentrându-se asupra problemelor pacienților, terapeutul le va demonstra astfel faptul că îi pasă de situația lor în calitate de persoane și nu neapărat ca toxicomani. Acest tip de abordare contribuie la realizarea unei bune alianțe terapeutice, pacientul devenind tot mai dispus să facă dezvăluiri cu privire la problemele sale legate de alcool sau droguri.

Tehnicile terapeutice de abordare a pacienților toxicomani (Ramsay și Newman, 2000)

1. Tehnica întrebărilor deschise

În cazul în care terapeutul sesizează faptul că pacientul nu este sincer în relatările sale cu privire la abuzul de substanțe, iar în cursul dialogului terapeutic apar momente jenante, acesta va aplica tehnica întrebărilor deschise (în loc să-și exprime îndoiala în legătură cu afirmațiile pacientului). Astfel, dacă pacientul afirmă vag că se simte bine, terapeutul îi va solicita detalii în legătură cu modul în care face față unor situații concrete. Dacă acesta continuă să dea răspunsuri vagi și evazive sau pare stingherit, terapeutul îi va adresa o întrebare de tipul: „Am observat că nu ești prea încântat de faptul că îți adresez atâtea întrebări. La ce anume crezi că doresc să mă refer și ce te determină să fii atât de reticent?"

2. Utilizarea afirmațiilor clientului pentru a face observații clinice

Pacientul care ascunde adevărul se va contrazice în mod inevitabil. Terapeutul va trebui să sesizeze aceste contradicții și să le prezinte subiectului într-o asemenea modalitate, încât acesta să recunoască faptul că a mințit. Astfel, Newman (1997) relata cazul unei paciente care nega faptul că ar utiliza cocaina, dar afirma că adesea că pierde noțiunea timpului, ceea ce i se întâmplă și în prezent. Terapeutul a replicat: „Mi-ai spus mai demult că unul dintre efectele secundare ale dependenței tale este tocmai pierderea noțiunii timpului. Și acum ai pierdut noțiunea timpului și nici nu ți-ai dat seama..." În felul acesta, terapeutul îi dă de înțeles pacientului că este conștient că acesta utilizează alcool sau droguri, fără însă a-l blama.

3. Analizarea argumentelor pro și contra schimbării

Una dintre dificultățile cele mai mari pe care le întâmpină psihoterapeutul care tratează pacienți alcoolici sau toxicomani, aflați mai ales în fazele timpurii ale acceptării terapiei, constă în aceea că tera-

peutul și pacientul nu sunt „pe aceeași lungime de undă". Astfel, terapeutul susține că cea mai bună alegere pentru pacient ar fi abandonarea consumului, în timp ce pacientul nu consideră necesară nicio schimbare. În astfel de situații, terapeutul va trebui să analizeze avantajele și dezavantajele modificării sau menținerii situației.

Această tehnică prezintă o serie de avantaje:

- se vehiculează o serie de informații fără ca pacientul să aibă impresia că este interogat;
- pacientul va aprecia faptul că terapeutul încearcă să înțeleagă gândurile și stările sale afective legate de situații care nu întrunesc aprobarea socială, ceea ce accentuează empatia în cadrul relației terapeutice;
- metoda accentuează ambivalența subiectului în direcția schimbării, determinându-l treptat să se aplece mai mult asupra argumentelor în favoarea terapiei.

O astfel de metodă are un caracter motivant, fiind, în același timp, mai puțin punitivă și stigmatizantă.

4. Confruntarea directă

Beck et al. (1993) sunt de părere că în anumite situații psihoterapeutul trebuie să abordeze direct pacientul. Acest lucru este necesar deoarece unii pacienți persistă atât de mult în negarea consumului de substanțe psihoactive, încât pot sabota întregul demers terapeutic. În astfel de cazuri, autorii menționați recomandă o abordare de tipul următor: „Domnule X, manifest tot respectul pentru cele ce mi-ați spus. Aveți un mare talent de a descrie ceea ce simțiți. Cu toate acestea, mă simt oarecum nedumerit de discuția de astăzi pentru că am senzația că ceva nu se potrivește. Acest gen de abordare nu vă caracterizează. Sper că veți fi sincer cu mine, pentru a putea să vă ajut mai bine".

Situațiile de criză cu care se pot confrunta consumatorii de alcool sau droguri (Newman și Wright, 1994)

1. Consumarea unor supradoze și suicidul

Ingerarea unei supradoze de droguri (posibil în combinație cu alcool și medicamente prescrise) în mod accidental sau voluntar poate pune viața pacientului în pericol. De cele mai multe ori, terapeutul unui astfel de pacient este informat de cele petrecute abia după ce răul a fost comis. Doar în rare ocazii pacientul îi va mărturisi terape-

utului că a luat o supradoză. În cazul în care ingestia supradozei nu a fost intenționată, pacientul se va afla în stare de agitație și confuzie.

Terapeutul se va interesa de adresa și numărul de telefon al pacientului, de tipul și cantitatea de substanțe ingerate și de perioada care a trecut de la ingerarea acestora, după care va anunța serviciul de ambulanță. Dacă pacientul telefonează terapeutului ca să-l informeze că a luat o supradoză pentru a se sinucide, acesta din urmă își va păstra calmul, continuând să converseze empatic cu pacientul, pentru a nu pierde legătura telefonică. Acest lucru este deosebit de important atunci când pacientul nu intenționează să-și dezvăluie adresa, situație în care este indicată contactarea organelor de poliție pentru localizarea telefonului (Newman și Wright, 2000).

În cazul în care pacientul încă nu a ingerat supradoză, dar intenționează să o facă, terapeutul va adopta un demers mai ferm și mai directiv. Acesta va aborda frontal problema lipsei de speranță și treptat îl va determina pe pacient să reia demersul terapeutic cât de curând posibil (preferabil chiar în aceeași zi).

Situația este delicată și atunci când pacientul nu a ingerat supradoză de droguri, dar are idei cu conținut suicidar, cunoscut fiind faptul că alcoolul și drogurile exacerbează intențiile suicidare (Marzuk et al., 1992). Dacă un astfel de pacient apelează telefonic terapeutul, dar nu este capabil să înțeleagă ceea ce i se spune, terapeutul are dreptul să încalce regula confidențialității și să întreprindă măsuri pentru apărarea vieții pacientului (să anunțe familia, ambulanța etc.).

2. Pierderea locuinței și dispariția de la domiciliu

Psihoterapeuții care lucrează cu pacienți toxicomani se confruntă de multe ori cu situația în care aceștia sunt dați afară din casă de către membrii familiei sau proprietarii exasperați de comportamentul lor. În cazul în care pacienții respectivi (mai ales adolescenți sau tineri) nu găsesc o soluție, ei pot rămâne pe străzi sau, dacă au o șansă, sunt internați la clinica de dezintoxicare. Deși internarea reprezintă o soluție pe termen scurt la o problemă de lungă durată, este preferabil ca pacientul să fie internat decât să vagabondeze. Mai mult, spitalizarea poate facilita reconcilierea cu familia și poate contribui la includerea acestuia într-un program de psihoterapie care se va desfășura ambulatoriu după externare. Există mulți toxicomani care dispar de acasă și își petrec timpul împreună cu alți drogați, situație în care își pot pierde serviciul, familia, pot cheltui sume mari de bani sau se pot îmbolnăvi. După revenirea din criză, ei se

confruntă cu consecințele faptelor, care adesea pot avea și implicații medico-legale.

Terapeutul va trebui să facă eforturi pentru a-i contacta, iar în cazul în care aceștia revin, va relua tratamentul pentru a reduce probabilitatea de apariție a unor episoade de consum compulsiv de droguri.

3. Pierderea locului de muncă

Pacientul care își pierde serviciul ca rezultat direct al consumului de alcool sau droguri, ori din alte motive, va fi înclinat să dezvolte reacții depresive caracterizate mai ales prin manifestarea lipsei de speranță. Acesta își va pierde autostima și va considera că oricum nu mai are nimic de pierdut, așa că poate continua să se autodistrugă. În astfel de situații, terapeutul va trebui să facă eforturi pentru a-l sprijini pe pacient să își găsească o nouă sursă de venit, aceste demersuri căpătând un caracter prioritar.

4. Pierderea unei relații apropiate

Conflictele, separarea și ruperea relațiilor apropiate reprezintă elemente de criză foarte importante pentru pacienții care abuzează de substanțe psihoactive. Mulți dintre acești pacienți devin disforici, iritabili și lipsiți de speranță atunci când au fost alungați de părinți sau părăsiți de partenerii de viață. Ei vor avea tendința să-și caute consolarea în continuare în abuzul de alcool sau droguri, exacerbând comportamentul autodistructiv din disperare sau din dorința de a-i culpabiliza și manipula pe ceilalți.

O formă specifică a crizei interpersonale provocată de abuzul de substanțe o reprezintă violența domestică. Pacienții și mai ales pacientele care au parteneri consumatori de alcool sau droguri pot deveni ușor victime ale violenței domestice, unii dintre ei ajungând la rândul lor consumatori.

5. Afecțiunile medicale

Persoanele care abuzează de alcool sau droguri prezintă un risc crecut de boli somatice grave: ciroză, boli cardiovasculare, diabet, naștere prematură, ulcer și chiar SIDA. Ramsay și Newman (2000, p.138) prezintă cazul pacientului toxicoman Rolland care a aflat că este infectat cu virusul HIV. Acesta i-a telefonat terapeutului într-o stare de puternică agitație psihomotorie, lamentându-se că va muri. Terapeutul l-a ascultat cu înțelegere, simpatie și cu răbdare timp de o jumătate de oră. Prima grijă a terapeutului a fost să se asigure că nu există pericolul consumării unei supradoze de drog sau suicidu-

lui. După ce pacientul s-a calmat, acesta a fost programat la consultație a doua zi. Terapeutul a acționat mai ales în direcția menținerii speranței pacientului că, deși este seropozitiv, poate rămâne asimptomatic mai mulți ani. Cei doi au căzut de acord că, pentru a maximiza șansele pacientului de a trăi, acesta va trebui să adopte un stil sănătos de viață, fără droguri, stil care să-i permită să supraviețuiască până când se va descoperi un tratament adecvat pentru această afecțiune.

Terapeutul i-a atras atenția pacientului asupra responsabilității pe care o poartă în inițierea unor relații sexuale, menținând în același timp o atitudine apropiată, astfel încât pacientul să nu se simtă respins.

În cazul în care terapeutul se confruntă cu probleme medicale serioase, acesta trebuie să-l convingă pe pacient să se adreseze serviciilor medicale specializate.

Unii pacienți toxicomani sau alcoolici vor manifesta tendința de a se opune tratamentului medical, fie din cauza lipsei de speranță și a tendinței latente spre suicid, fie deoarece și-au pierdut sentimentul controlului asupra corpului propriu, fie de teamă că analizele de laborator vor evidenția consumul de droguri. În astfel de cazuri, terapeutul va trebui să-l ajute pe pacient chiar împotriva voinței sale (apelând la rude, prieteni, salvare etc.), sperând să refacă ulterior alianța psihoterapeutică.

6. Aspecte medico-legale

Pacienții alcoolici, dar mai ales toxicomani, riscă să intre în conflict cu legea. Aceștia nu numai că utilizează, dar pot și să distribuie ilegal droguri, pot comite furturi, tâlhării și chiar omucideri în vederea obținerii banilor necesari pentru a-și procura drogul. Terapeutul care află faptul că pacientul său este angajat în activități ilegale trebuie să se asigure dacă nu cumva alte persoane sunt în pericol. Într-o asemenea eventualitate terapeutul are obligația să informeze organele de poliție și să avertizeze victima potențială (Ramsay și Newman, 2000, p. 139). Acest lucru se realizează mai simplu dacă pacientul dorește să colaboreze cu terapeutul pentru a stopa comportamentul antisocial și este de acord să fie spitalizat.

Dacă nu este implicată o altă persoană, terapeutul va respecta regula confidențialității și va căuta să-l ajute pe pacient să găsească o alternativă pentru comportamentul său delictual. Acesta va acționa asupra unor convingeri disfuncționale de tipul: „Nu este nimic de

făcut în situația aceasta; nu am altă cale decât activitățile ilegale; de fapt, nu fac nimic rău distribuind droguri; totul e în regulă pentru că sunt grijuliu și nu mă voi lăsa prins" etc. Fără a blama pacientul, terapeutul îl va ajuta să identifice argumentele pro și contra activităților ilegale.

Factorii comuni crizelor psihologice datorate abuzului de substanțe (Ramsay și Newman, 2000, p. 139)

Deși fiecare pacient în parte trebuie tratat în mod individual, autorii evidențiază niște factori comuni de care trebuie să țină seama terapeutul care lucrează cu alcoolici și toxicomani aflați în stare de criză.

1. Caracterul imediat (de urgență)

Deși factorii precipitatori ai situației de criză au acționat un timp mai îndelungat și au fost luați în considerare de către terapeut, pacientul toxicoman are nevoie de un ajutor imediat, rapid și eficient. În astfel de situații, terapeutul nu trebuie să se ferească să renunțe la caracterul structurat al psihoterapiei, pentru că structurarea îl ajută pe pacient să rămână focalizat asupra aspectelor de importanță mai mică.

Prin intermediul identificării problemelor și prin stabilirea priorităților, terapeutul va lucra împreună cu pacientul pentru rezolvarea lor și îl va sprijini pe acesta din urmă să renunțe la suprageneralizare și la gândirea de tip catastrofic („am eșuat din nou; toate îmi merg prost; viața mea este terminată" etc.), ajungând la un mod mai rațional de a vedea lucrurile („analizele mi-au ieșit pozitive pentru că m-am drogat din nou, așa că nu voi fi angajat la acest serviciu, dar voi continua psihoterapia pentru ca analizele mele să iasă bine și să mă pot angaja în altă parte").

2. Deficitul de abilități de a face față situațiilor și de a rezolva probleme

Deficiențele pacienților în ceea ce privește repertoriul de abilități de rezolvare de probleme se accentuează considerabil în situație de criză. Cu toate acestea, terapeutul nu trebuie să abandoneze total demersul de formare și exersare a unor deprinderi de a face față cerințelor vieții.

Marian, student la regie, a făcut progrese serioase în direcția abandonării consumului de heroină. El a reușit să-și dea examenele din sesiunea de vară, dar a venit agitat la psihoterapeut afirmând că

intenționează să vândă droguri, deoarece nu-i ajung banii să locuiască împreună cu prietena sa. Terapeutul l-a sprijinit să renunțe la soluția cea mai ușoară și să-și găsească o colaborare în cadrul unui proiect de cercetare.

3. Pesimismul și lipsa de speranță

Chiar și atunci când pacientul care abuzează de substanțe psihoactive realizează progrese pe drumul abandonării comportamentului autodistructiv, atitudinile disfuncționale și lipsa de speranță se mențin încă în stare latentă și pot fi activate în momentul unei crize. În astfel de situații, pacienții manifestă tendința de a minimaliza sau de a ignora succesele terapeutice, concentrându-se în mod prioritar asupra eșecurilor și dificultăților. Această abordare le accentuează starea de pesimism, precum și modul de gândire de tip dihotomic („totul sau nimic"). Confruntat cu o astfel de situație, terapeutul va sublinia însemnătatea progreselor și punctelor tari ale pacientului, îi va stimula stima de sine și îl va orienta spre o direcție mai constructivă. Pacientul va trebui să conștientizeze faptul că recăderile nu reprezintă eșecuri totale, ci elemente firești ale unui proces complex aflat în evoluție.

4. Activarea emoțională

Pacienții consumatori de substanțe psihoactive reacționează de cele mai multe ori printr-o activare emoțională extremă. Aceștia devin violenți și agitați, mai ales când se tem că terapeutul va face apel la autorități pentru a-i spitaliza sau pentru a pune capăt unui comportament antisocial.

Dereglarea controlului emoțional îi face să recadă foarte ușor, abandonând tratamentul sau făcând o tentativă de suicid. În astfel de cazuri, doar gestionarea crizei fără înrăutățirea situației reprezintă deja un succes terapeutic. Din punct de vedere clinic, lipsa de modulare emoțională a pacientului aflat în criză reprezintă un indicator al modelului de comportament de tip adictiv, model negat de cele mai multe ori de pacient.

Prochaska et al. (1992) subliniază faptul că elementele-cheie ale intervenției primare asupra stării de criză a acestor pacienți sunt conștientizarea situației, descărcarea emoțională și reevaluarea contextului situațional în care se află aceștia.

Stabilirea priorităților va reprezenta punctul de plecare al procesului de rezolvare a problemelor, contribuind la eliminarea caracterului catastrofal al situației, la stabilirea unor sarcini posibil de îndeplinit, precum și la trezirea încrederii pacientului în propria capacitate

de a se schimba. Terapeutul va identifica și deficiențele în sfera deprinderilor de viață, dezvoltarea acestora devenind un obiectiv prioritar al demersului terapeutic.

Prezentare de caz
(Ramsay și Newman, 2000)

Kevin, un bărbat de 26 de ani, s-a prezentat la psihoterapie după ce a fost promovat profesional și s-a mutat împreună cu soția în alt oraș. Pacientul a afirmat faptul că noul loc de muncă i se părea foarte stresant. Conform Manualului Diagnostic și Statistic DSM IV al Asociației Psihiatrilor Americani (APA, 1994), pacientul a fost diagnosticat cu dispoziție depresivă și fobie socială.

În cadrul interviului clinic, pacientul a negat consumul de alcool sau droguri, relatând doar faptul că obișnuia uneori să se relaxeze bând câte un pahar seara. Pacientul a urmat psihoterapie timp de trei luni, fiind la început mai rezervat, dar căpătând treptat încredere în terapeut.

Aflat la cea de-a 13-a ședință de psihoterapie, Kevin a venit bulversat și a afirmat că vrea să se sinucidă. Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic (după Ramsay și Newman, 2000, pp. 142–146).

Terapeutul: După modul în care te prezinți, se pare că ai avut o săptămână grea. Nu ai dori să-mi spui despre ce este vorba?

Pacientul: Totul s-a terminat. Nu știu de ce am mai venit aici. Sunt un prost. Am stricat totul și nimeni nu mă mai poate ajuta.

T: Kevin, desigur, ceea ce ți s-a întâmplat este foarte serios. Îmi imaginez cât de greu ți-a fost să vii aici, dar mă bucur că ai venit totuși. Să vedem despre ce este vorba și să încercăm să rezolvăm împreună problema. În cazul în care consideri necesar, putem stabili o întâlnire suplimentară în cursul săptămânii acesteia.

Intervenția terapeutică a avut drept obiectiv să reducă lipsa de speranță și caracterul de urgență al situației, menținând în același timp focalizarea terapeutică asupra problemei. Mesajul implicit este: „Indiferent ce îmi vei spune, vom colabora pentru a găsi o soluție".

Kevin a relatat faptul că a fost arestat pentru că a condus autoturismul în stare de ebrietate și a lovit o altă mașină aflată într-o parcare din apropierea locuinței sale. Pacientul a povestit apoi că șeful i-a cerut să prezinte un raport de activitate luna viitoare. La aceasta s-a adăugat surprinderea unei discuții între doi colegi care au comentat negativ decizia șefului de a-l promova în biroul lor.

Kevin a menționat faptul că aceste două evenimente i-au zdruncinat încrederea în sine, activându-i convingerile de bază legate de inadecvarea personală. El a consumat trei pahare de cocteil într-un interval de 30 de minute și a cumpărat cinci cutii de bere pe care intenționa să le bea pe drum. Aflat în acest moment al relatării, Kevin a recunoscut faptul că în ultimul an obișnuia să consume frecvent alcool.

T: Îmi pare rău că a trebuit să treci prin toate acestea. Oricui i-ar fi fost greu să suporte o astfel de situație. Cum te simți după ce mi-ai spus despre ce este vorba?
P: Nu-mi vine să cred că mi s-a întâmplat așa ceva. Parcă trăiesc un coșmar... Nu știu cum am să ies din asta.
T: Kevin, din acest motiv te afli într-un cabinet de psihoterapie. Desigur, nu aș fi vrut să ți se întâmple toate acestea, dar mă bucur că mi-ai spus despre ce este vorba. Vom lucra împreună pentru a găsi o soluție. Înainte de a începe, te-aș ruga să comentăm puțin afirmația ta: „Vreau să mă sinucid".
P: Aș fi dorit ca toate acestea să nu se fi petrecut. Tina (soția) a fost foarte supărată. Nu-mi vine să cred că este adevărat ceea ce mi s-a întâmplat.
T: Nu contest gravitatea situației, dar ce ai câștiga dacă te-ai sinucide?
P: Nu m-aș mai simți așa cum mă simt. Nu ar mai trebui să dau ochii cu soția și colegii de serviciu. Niciodată nu m-am aflat într-o situație atât de penibilă.
Deși pacientul nu a avut tentative de suicid în antecedente, terapeutul a luat în considerare afirmația sa. Acesta a dedus că Kevin cocheta cu ideea de suicid pentru a scăpa de problemă și mai ales de sentimentele de jenă. În acest moment al terapiei, pacientul a fost încurajat să-și reconsidere succesele obținute în urma terapiei și să depășească tendința de a face presupuneri legate de modul în care îl vor evalua ceilalți, precum și tendința de a catastrofiza evenimentele. De asemenea, terapeutul a atras atenția că există și alte soluții la o astfel de problemă în afară de sinucidere. Pacientul a recunoscut că nu are intenții serioase în această privință și a acceptat să elaboreze împreună cu terapeutul un plan de acțiune pentru rezolvarea situației (să consulte un avocat, să facă rost de bani pentru a repara mașina stricată etc.).
În acest moment al terapiei, a fost abordată problema alcoolului.
T: Kevin, înțeleg că aceasta a fost o ședință de psihoterapie dificilă pentru tine. Apreciez faptul că ai venit totuși, deși puteai evita întâlnirea noastră. Ți-aș sugera ca la viitoarea noastră ședință să abordăm problema alcoolului (terapeutul observă faptul că pacientul se înroșește). Ce părere ai? Se pare că am atins o zonă sensibilă!
P: Cred că m-am mințit singur în ceea ce privește băutura. Acum nu sunt decât un bețiv, un șofer beat. Ați mai avut de-a face cu asemenea indivizi decăzuți?
T: Trebuie să fii foarte supărat dacă te exprimi așa. Se pare că regreți cele petrecute, nu-i așa?
P: Da, îmi este greu să accept realitatea așa cum este ea.
T: Ce-ar fi să ne vedem chiar mâine?
P: Sincer vorbind, m-am gândit să nu mai vin deloc la terapie, dar ceva trebuie făcut.
T: Te-ai gândit care va fi reacția unui terapeut față de o persoană care consumă alcool în exces?
P: Am fost convins de faptul că nu mă veți critica, dar sunt sigur că v-am dezamăgit și că mă considerați un mincinos și un ratat.

T: În acest moment nu faci decât să aplici distorsionarea cognitivă denumită „citirea gândurilor". La fel procedezi și în cazul celorlalți oameni. Faptul că ai condus mașina în stare de ebrietate nu-i va determina pe colegii tăi să te judece atât de aspru. E adevărat că ai comis o greșeală gravă, dar nu este o catastrofă. Vom lucra împreună pentru a ieși din această situație.
Te-ai mai confruntat și cu alte situații despre care ai crezut că nu le poți depăși?
P: Dacă mă gândesc bine, m-am simțit foarte rău atunci când am căzut la examenul de chimie în timpul facultății. Nu mai pierdusem până atunci niciun examen. Nici nu le-am spus părinților mei.
T: Și cum ai făcut față situației?
P: Am vrut să abandonez facultatea, dar până la urmă am învățat și mi-am luat examenul. Mi-am dat seama că nu învățasem destul.
T: Cred că acum a sosit momentul să abordăm problema alcoolului. Va trebui să-ți revizuiești vechile tale obiceiuri și, așa cum ai procedat în cazul examenului, primul pas este să recunoști problema. Ședințele noastre viitoare de psihoterapie vor fi dedicate analizării rolului pe care îl joacă alcoolul în viața ta.
P: Deși îmi este greu să recunosc faptul că am o astfel de problemă, nu am cum să o evit.
T: Pentru început ar fi bine să notezi situațiile în care obișnuiești să consumi alcool sau simți nevoia să o faci.
Odată criza depășită, terapeutul a stabilit împreună cu pacientul obiectivele și planul de psihoterapie. Abordarea problemei alcoolului a fost realizată într-o manieră nonevaluativă. Terapeutul a eliminat caracterul catastrofal al situației create, fără a minimaliza importanța problemei.

Intervenția cognitiv-comportamentală în cazul crizelor pacienților cu afecțiuni somatice

DiTomasso, Martin și Kovnat (2000) sunt de părere că simpla apariție a unei afecțiuni somatice nu reprezintă o criză pentru pacient. Criza apare din cauza perceperii problemei apărute ca fiind o amenințare serioasă la adresa integrității persoanei și ca urmare a faptului că resursele adaptative ale acesteia sunt depășite sau ineficiente. Eppersen-Sebour (1990) și Parad și Parad (1990) consideră că sunt generatoare de criză acele evenimente care amenință securitatea și sentimentul de autocontrol al individului.

În domeniul medical aceste evenimente se distribuie pe o linie continuă de la situații biologice firești, cum ar fi menopauza, până la accidente rutiere cu consecințe grave (Parad și Parad, 1990). Pe lângă problemele de sănătate, asupra pacienților somatici acționează și alți factori stresanți, specifici vieții cotidiene: decese, divorțuri, separare, pierderea serviciului sau probleme financiare.

Majoritatea indivizilor nu sunt pregătiți să facă față unei boli severe, cronică sau acută, cum ar fi, de pildă, cancerul, scleroza multiplă, diabetul sau infertilitatea (Elkin, 1990). De asemenea, este puțin probabil ca o persoană să fie pregătită pentru un accident rutier grav sau pentru a face față situației în care un copil s-a născut cu malformații congenitale. Convingerile, atitudinile și comportamentele individului sunt decisive în apariția și menținerea unei situații de criză. Astfel, foarte mulți indivizi neagă sau ignoră riscurile asociate unui stil de viață nesănătos, cum ar fi fumatul, consumul excesiv de alcool sau regimurile alimentare bogate în glucide sau colesterol. Din acest motiv, suntem de părere că atitudinile și convingerile disfuncționale cu privire la starea de sănătate reprezintă elementul-cheie care transformă o problemă medicală într-o situație de criză.

Incapacitatea de a pune în acțiune comportamente sanogenetice poate conduce la criză din cauza următoarelor aspecte (DiTomasso, Martin și Kovnal, 2000. p. 411):

- neperceperea amenințării și negarea necesității unor modificări comportamentale care să reducă riscurile îmbolnăvirii pot conduce la apariția unor probleme medicale grave;
- subiectul poate decide faptul că renunțarea la stilul de viață nesănătos nu merită osteneala, acesta nepercepând în suficientă măsură gradul său real de vulnerabilitate;
- absența informării sau lipsa unor resurse financiare îl poate determina pe subiect să nu facă investigații medicale sau să nu urmeze un regim de viață sănătos;
- lipsa complianței la tratament după diagnosticarea unei afecțiuni somatice severe.

Condiția medicală ignorată poate degenera într-o patologie severă ce va conduce la o criză care, altfel, ar fi putut fi evitată.

Perceperea condiției medicale poate produce o criză care, la rândul său, va agrava situația medicală existentă, îngreunând refacerea din cauza cercului vicios care s-a creat.

Intervenția precoce în situația de criză a pacienților somatici prezintă o serie de avantaje legate de faptul că aceștia sunt ceva mai sănătoși sub aspect somatic și psihic și pot colabora mai eficient la construirea și implementarea unor noi mecanisme adaptative. Intervenția precoce împiedică și formarea unui set de convingeri și expectații negative referitoare la efectele tratamentului.

Cauzele crizelor pacienților somatici (DiTomasso, Martin și Kovnat, 2000)

Factori declanșatori

Tipul, frecvența, perioada și natura specifică a evenimentelor stresante joacă un rol esențial în declanșarea unei crize. Unele evenimente de viață sunt mai stresante decât altele. Astfel, decesul partenerului de viață este frecvent asociat cu apariția stării de stres și a îmbolnăvirilor. Efectul combinat al agenților stresanți mărește probabilitatea apariției crizei.

De asemenea, semnificația evenimentului este diferită de la individ la individ, schema cognitivă timpurie activată de situația prezentă jucând un rol însemnat în declanșarea tipului de răspuns.

Factori de natură cognitivă

1. Convingerile, atitudinile și supozițiile nerealiste

Așa cum am subliniat mai sus, evenimentele externe activează schemele cognitive de bază, acestea determinând, la rândul lor, gândurile, comportamentele și reacțiile emoționale ale pacienților (Beck, 1976; Needleman, 1999; Persons, 1989).

Natura schemelor cognitive va influența așadar reacțiile subiecților la aflarea veștilor referitoare la starea de sănătate, precum și maniera de adaptare la problema medicală ca atare.

2. Distorsionările cognitive

Stilul distorsionat de procesare a informațiilor (cum ar fi, de pildă, cel bazat pe inferențe arbitrare) va facilita instalarea situației de criză. Astfel, distorsionările cognitive referitoare la starea de sănătate vor influența modul în care individul percepe situația și acționează pentru a-i face față. De exemplu, un individ care are tendința de a-și exagera diagnosticul va reacționa disproporționat la ceea ce se petrece.

3. Percepțiile și amintirile deformate

Pacienții aflați într-o dispoziție depresivă sunt mai înclinați să deruleze amintiri cu conținut negativ care, la rândul lor, vor distorsiona percepțiile. În felul acesta, atenția selectivă va fi îndreptată prioritar asupra informațiilor negative legate de starea de sănătate.

4. Triada cognitivă (Beck, 1976)

Aceasta se referă la viziunea negativă a individului asupra propriei persoane, asupra lumii și viitorului. Pacienții cu stimă de sine scăzută vor avea tendința de a se autoculpabiliza pentru starea de boală, iar viziunea negativă asupra existenței și viitorului va conduce la apariția unor sentimente de neajutorare și lipsă de speranță.

5. Autoeficiența

Încrederea subiectului în capacitățile sale de a face față dificultăților vieții reprezintă o variabilă importantă care determină reacțiile sale la aflarea unor informații legate de boală.

Pacienții cu un sentiment redus al autoeficienței nu vor face decât să-și saboteze mecanismele defensive, în timp ce o evoluție favorabilă a unei boli este asociată cu sentimentul autocontrolului și eficacității personale.

6. Insuficienta informare sau lipsa de informație referitoare la o problemă medicală

Este stresantă pentru că permite dezvoltarea unor fantezii negative, precum și a unor distorsionări cognitive care, la rândul lor, vor conduce la creșterea probabilității apariției unei crize.

Factori comportamentali

1. Insuficiența sau absența unor strategii adecvate de a face față stresului

O istorie personală marcată de situații în care subiectul nu a reușit să facă față cu bine unor situații stresante facilitează apariția crizei.

2. Utilizarea unor modalități negative de a face față stresului, cum ar fi consumul de alcool, droguri sau tentativele de suicid, mărește posibilitatea apariției unei crize.

3. Absența unor suporturi sociale adecvate

Pacientul fără suporturi sociale va fi izolat, fiind menit să se lupte singur cu dificultățile care apar în plan somatic sau psihic.

4. Incapacitatea de a solicita sprijin reprezintă de asemenea un factor care poate conduce la situația de criză.

Factori de natură fiziologică

Prezența unei disfuncții somatice poate contribui la reducerea pragului de toleranță la stres.

Tehnici cognitiv-comportamentale de intervenție în situații de criză la pacienții somatici

Demersul cognitiv-comportamental pentru situațiile de criză are un caracter activ, directiv orientat spre scop, colaborativ, psihoeducațional și centrat pe rezolvarea de probleme (Freeman și DiTomasso, apud DiTomasso, Martin și Kovnat, 2000, p. 415).

Fiecare dintre aceste caracteristici joacă un rol esențial în ajutorarea clientului aflat în stare de criză. Acesta din urmă se află într-o stare de supraîncordare emoțională combinată cu o senzație de epuizare cauzată de eșecul mecanismelor adaptative.

Din aceste motive, rolul activ al terapeutului este esențial în susținerea pacientului. De asemenea, caracterul directiv al demersului terapeutic este bine tolerat de un pacient care se află într-o situație de dezorganizare psihică și și-a pierdut capacitatea de a se autodirecționa.

Mai mult, demersul concret centrat pe rezolvarea de probleme motivează clientul pentru că îi oferă soluții potrivite situației sale specifice, ajutându-l să-și mobilizeze resursele într-un mod activ pentru soluționarea crizei. Pacientul cu probleme somatice aflat în criză se deosebește de alte categorii de pacienți deoarece motivele pentru care acesta se adresează unui cabinet de specialitate pot fi extrem de variate, iar personalul medical trebuie să aibă suficiente cunoștințe de psihologie pentru a sesiza aspectele legate de stres. Astfel, pacientul se poate prezenta pentru unele acuze somatice minore care ascund un substrat psihologic sau pentru exacerbarea unor simptome medicale existente deja, cum ar fi ridicarea îngrijorătoare a tensiunii arteriale la hipertensivi, crize anginoase la cardiaci sau creșterea glicemiei la diabetici.

Există și pacienți care acuză o combinație de depresie, anxietate și simptome somatice. Pacienții cu afecțiuni severe care le amenință

integritatea corporală sau chiar viața prezintă adesea simptome pihopatologice severe. Un element important de care trebuie să ținem seama îl reprezintă necesitatea aplicării intervenției psihologice după stabilizarea condiției medicale.

DiTomasso, Martin și Kovnat (2000, p. 416) dau unele indicații menite să eficientizeze demersul terapeutic al clientului somatic aflat în stare de criză.

1. Formarea alianței terapeutice

După Bordin (1979), Gelso și Carter (1985), alianța terapeutică include următorele elemente:

- acordul cu privire la obiectivele tratamentului;
- acordul referitor la sarcinile din timpul și din afara ședințelor de psihoterapie, sarcini menite să conducă la atingerea obiectivelor;
- legătura emoțională stabilită între terapeut și client.

În absența acestei alianțe, demersul terapeutic eșuează, dezorganizarea psihică și perturbările emoționale ale pacienților aflați în stare de criză accentuându-se în loc să se remită.

2. Realizarea unui demers terapeutic de tip colaborativ

Această abordare este deosebit de importantă în cazul bolnavilor somatici care sunt plasați, în cursul procedurilor medicale, într-o postură pasivă. Pacientul somatic va simți un sentiment de ușurare în situația în care își va uni forțele cu un expert în depășirea situației de criză, realizând în același timp faptul că problema sa este rezolvabilă.

3. Promovarea unor factori de natură relațională cum ar fi empatia, înțelegerea și respectul reciproc

Observațiile clinice au evidențiat faptul că pacienții care își percep medicii ca fiind mai empatici, mai înțelegători, mai apropiați și mai grijulii sunt mult mai complianți la tratament, rămân mai mult în spital, se adresează la timp medicului și sunt mai satisfăcuți de modul în care sunt îngrijiți (DiTomasso și Willard, 1991). Mai mult, una dintre plângerile cele mai frecvente ale bolnavilor somatici se referă la caracterul dezumanizant al practicilor medicale.

Psihoterapeuții cognitiviști sunt însă de părere că relația terapeutică este o condiție necesară, dar nu suficientă, pentru a se obține pro-

grese în urma terapiei. Burns și Nolen-Hocksema (1992) au evidențiat faptul că empatia terapeutului aduce o contribuție pozitivă substanțială la rezultatele terapiei cognitiv-comportamentale la pacienții depresivi.

4. Investigarea în detaliu a problemelor pacientului

Terapeutul va trebui să se informeze în timpul interviului clinic asupra naturii, debutului, intensității frecvenței și duratei simptomelor pacientului pentru a-și orienta corect strategia aplicată. Astfel, un pacient depresiv suicidar aflat în criză are nevoie de un alt tip de abordare în comparație cu unul care suferă de atacuri de panică.

5. Identificarea și analizarea factorilor precipitatori ai crizei

Natura evenimentului declanșator va furniza informații importante cu privire la vulnerabilitatea clientului și îl va ajuta pe terapeut să identifice mai ușor schema cognitivă disfuncțională de bază. În cazul în care a avut loc un lanț de evenimente, terapeutul va trebui să identifice natura acestora, ordinea și secvențele temporale.

6. Evidențierea percepției pe care o are pacientul cu privire la eveniment

Terapeutul va întreprinde eforturi pentru a surprinde semnificația pe care o are evenimentul pentru pacient. Acest lucru se poate realiza în mai multe moduri:

- prin chestionarea directă a pacientului;
- prin evidențierea listei gândurilor negative automate ale pacientului și prin extragerea problematicii comune;
- prin intermediul tehnicii „săgeții verticale" a lui Burns (1980); terapeutul va adresa din aproape în aproape întrebări de tipul: „Ce reprezintă aceasta pentru tine?";
- prin intermediul examinării gândurilor automate, a stărilor emoționale și a comportamentelor care decurg din aceasta și prin lansarea unei ipoteze referitoare la schema disfuncțională care se află la baza acestora.

7. Identificarea aspectelor celor mai perturbatoare ale situației problematice

Atunci când aspectele care îl deranjează cel mai mult pe client devin obiective ale intervenției terapeutice, pacientul va percepe strate-

giile aplicate ca fiind încărcate de sens și se va mobiliza mai eficient pentru colaborare.

8. Examinarea istoriei vieții clientului

Terapeutul va culege informații referitoare la eventualele crize anterioare, la evenimentele care au contribuit la declanșarea acestora, modalitatea în care pacientul a făcut față acestor situații și strategiile care au dat cele mai bune rezultate în trecut. Evidențierea succeselor va contribui la întărirea convingerii clientului cu privire la capacitățile sale de a face față crizei generate de condiția medicală.

9. Evidențierea potențialului suicidar

Mulți pacienți somatici aflați în criză devin demoralizați și lipsiți de speranță. Cei cu potențial suicidar prezintă una sau mai multe dintre următoarele trăsături: stil rigid de gândire, dificultăți în a-și rezolva problemele, tentative suicidare în antecedente, abuz de alcool sau droguri, impulsivitate, simptome psihotice (halucinații cu caracter imperativ), lipsă de speranță, scăderea elanului vital, reducerea intereselor exterioare și a sentimentului plăcerii, atitudini pasive, lipsa unor suporturi afective, precum și conceperea unor planuri concrete de autodistrugere.

Pentru acești pacienți suicidul reprezintă o modalitate de a scăpa de consecințele negative asociate condiției somatice. Pacienții seropozitivi care suferă deja de SIDA prezintă un risc suicidar ridicat. Terapeutul clinician trebuie să acorde atenție și unui potențial homicidar care se poate manifesta la astfel de pacienți, care au avut acte de violență în antecedente și care pot atribui infestarea unei persoane particulare, manifestând intenția de a se răzbuna.

10. Evidențierea și accentuarea punctelor „tari" ale pacientului

Pacientul trebuie ajutat să-și conștientizeze resursele și să le utilizeze pentru a depăși situația de criză. O astfel de abordare este total diferită de cea medicală care este focalizată pe aspectele legate de boală.

11. Stabilirea de comun acord a unor obiective realiste

Fiecare ședință de psihoterapie va fi orientată spre atingerea unor obiective specifice și spre rezolvarea unor probleme cu caracter con-

cret. Un astfel de demers va crea clientului sentimentul că terapia are un punct terminus, care reprezintă depășirea crizei, și va contribui la creșterea motivației acestuia.

12. Facilitarea înțelegerii de către pacient a problemelor sale din perspectiva terapiei cognitiv-comportamentale

Terapeutul va utiliza experiențele clientului pentru a-l ajuta să înțeleagă mai bine de ce reacționează într-un anumit mod. Situația de criză, gândurile negative asociate, stările emoționale și comportamentele vor fi interpretate într-o manieră clară și coerentă care deschide perspectiva soluționării problemelor apărute.

13. Ajutarea clientului să-și examineze cognițiile cu caracter disfuncțional într-o manieră obiectivă, ca pe niște ipoteze care trebuie verificate.

14. Evidențierea strategiilor adaptative care au funcționat în trecut

Explorând aceste strategii terapeutul va obține informații referitoare la ce anume a funcționat și la elementele care au condus la eșec, stabilind care dintre acestea are șanse mai mari de a da rezultate pozitive.

15. Ajutarea pacientului să-și înțeleagă problemele într-o manieră realistă, manieră opusă așa-numitei „gândiri pozitive", care nu face decât să ignore sau să minimalizeze problemele.

Clientul va trebui ghidat să aprecieze obiectiv consecințele negative ale afecțiunii somatice și să elaboreze un plan concret de rezolvare de probleme. Negarea sau evitarea acestor consecințe poate genera un stres și mai accentuat și poate pune în pericol chiar viața pacientului.

16. Identificarea obstacolelor care stau în calea demersului de rezolvare de probleme cum ar fi, de pildă, expectațiile negative ale clientului.

17. Abordarea gradată a sarcinilor

Terapeutul îl va ajuta pe client să fragmenteze un anumit obiectiv în etape posibil de atins, pentru că una dintre particularitățile situației de criză constă în aceea că problema este considerată un tot unitar, imposibil de depășit.

18. Utilizarea repetărilor în plan comportamental

După ce s-a căzut de acord cu privire la strategia care trebuie pusă în acțiune, terapeutul îl va ghida pe client să repete în plan mental ce anume trebuie să întreprindă. Aceste repetări se referă la antrenamente mentale realizate în stare de relaxare, jocuri de rol sau modelarea unor acțiuni cu întăriri venite de la terapeut.

19. Înlăturarea sau diminuarea influenței factorilor negativi care frânează progresul terapiei

Aceștia pot fi factori cognitivi (gânduri și convingeri negative disfuncționale) sau obstacole ce țin de relații interpersonale și care împiedică pacientul să progreseze.

20. Trasarea unor sarcini pentru acasă

Aceste sarcini se stabilesc de comun acord cu clientul și trebuie astfel construite încât să fie încununate de succes; ele vor stimula activismul pacientului, vor crea o punte de legătură între ceea ce se petrece în timpul ședințelor de psihoterapie și între acestea, și vor contribui la construirea unui mod alternativ de a gândi, simți și acționa.

21. Reducerea incertitudinilor

Unul dintre cele mai stresante aspecte întâlnite în practica cu pacienții somatici îl reprezintă incertitudinea cu privire la condiția medicală și posibilele efecte legate de acestea, element care poate conduce la construirea celor mai negative scenarii. Ajutându-l pe client să-și clarifice aceste incertitudini, terapeutul îl va conduce apoi treptat să facă față diverselor probleme medicale curente.

22. Aplicarea unor strategii de management al stărilor afective negative

Cele mai eficiente s-au dovedit tehnicile de relaxare, hipnoză și respirație controlată cu autosugestie. Acestea reduc tensiunea, supraîncordarea și anxietatea, și conduc la creșterea încrederii clientului în capacitatea sa de a-și controla într-o anumită măsură simptomele.

23. Utilizarea suportului psihologic oferit de o experiență similară

Pacientul va simți un puternic sentiment de ușurare dacă se va confrunta cu experiența altei persoane care a trecut printr-o criză asemănătoare și a depășit-o cu bine. În cazul în care persoana de sprijin

dispune și de abilități de relaționare interpersonală, rezultatele sunt și mai bune.

24. Administrarea unor întăriri pozitive pentru progresele obținute

Terapeutul îl va recompensa pe client prin întăriri verbale pozitive chiar pentru progrese neînsemnate, în vederea sporirii motivației acestuia.

25. Automonitorizarea evoluției simptomelor

Aceasta se va realiza prin intermediul unor scale generale (de la 0 la 100 sau de la 0 la 10, în care la un capăt se notează absența unui simptom, iar la celălalt capăt prezența foarte accentuată a acestuia). Scalele vor fi aplicate atât în timpul ședințelor de psihoterapie, cât și independent, în afara acestora. Se recomandă, de asemenea, aplicarea săptămânală a unor inventare de depresie și anxietate (Back, Hamilton, 1976). Datele obținute vor pune în evidență succesele intervențiilor terapeutice, acționând ca întăriri pozitive pentru eforturile depuse de pacienți în vederea depășirii situațiilor de criză (DiTomasso și Calameco, 1982).

Studiu de caz

O femeie în vârstă de 41 de ani (L.M., traducătoare) a fost trimisă la cabinetul de psihoterapie după ce a suferit o intervenție chirurgicală pentru un melanom malign format în spatele retinei ochiului stâng. În urma intervenției chirurgicale pacienta și-a pierdut ochiul. Ea a afirmat că avusese unele modificări de vedere cu câteva luni înainte de operație, dar că oftalmologul ei nu a identificat nimic.

Clienta și-a descris stilul adaptativ ca fiind unul de evitare și negare („am lăsat lucrurile așa cum sunt și am mers înainte"), ea adresându-se medicului doar atunci când modificările vizuale au devenit insuportabile. În urma consultației clienta a fost propusă pentru intervenție chirurgicală de urgență care a avut loc la două zile după consultație. Caracterul brusc al evenimentului a împiedicat-o să-și mobilizeze resursele pentru a face față situației. Aflată pe masa de operație înaintea anesteziei, pacienta a privit lămpile din plafon și și-a spus ca acesta este ultimul lucru pe care îl va vedea cu ambii ochi.

După externare, clienta a dezvoltat o depresie moderată care s-a accentuat treptat. Ea nutrea și sentimente de culpabilitate legate de faptul că ar fi putut întreprinde ceva pentru a-și salva ochiul.

Deși i s-a aplicat imediat o proteză, clienta a declarat că nu se poate adapta situației, afirmând că imaginea de sine i s-a alterat în mod semnificativ („parcă o

BCU "M. EMINESCU" IAȘI

jumătate de față nu îmi mai aparține, nu mă mai simt aceeași persoană"). Depresia a fost însoțită de pierdere ponderală, reducerea intereselor, lipsă de energie, crize de plâns, sentimente de culpabilitate, dificultăți de concentrare a atenției, pierderea sentimentului plăcerii și o stare de anxietate de nivel mediu. Situația s-a complicat și mai mult din cauza faptului că înainte de intervenția chirurgicală, firma la care lucra ca traducătoare a intrat în faliment, clienta pierzându-și serviciul.

Medicul psihiatru a prescris medicație antidepresivă.

Interviul clinic a relevat faptul că pacienta a fost copil unic, crescut de o mamă pisăloagă și hiperprotectoare și de un tată cu care se înțelegea bine, dar care era rece și lipsit de afecțiune. Ea avea o relație cu un bărbat căsătorit, relație care dura de aproximativ opt ani. În momentul în care clienta a avut nevoie de ajutor, partenerul nu a fost capabil să i-l ofere, clienta conștientizând faptul că nu ocupa un loc important în viața acestuia. După operație, mama ei a încercat s-o determine să devină și mai dependentă, ceea ce a iritat-o și mai mult. Temerile pacientei erau legate de faptul că procesul tumoral se va transfera și la celălalt ochi și că va muri de cancer.

Tendințele ei perfecționiste îi produceau un stres suplimentar pentru că nu dorea să fie privită ca o persoană fără un ochi și din acest motiv a solicitat o operație estetică pentru ca proteza oculară să arate cât mai natural. Această intervenție nu a făcut decât să-i accentueze depresia și anxietatea, evocând amintiri legate de prima intervenție.

Clienta a trăit câteva momente cumplite în care proteza oculară s-a mișcat și ea a observat o reacție emoțională negativă din partea altor persoane. De asemenea, ea s-a simțit frustrată și de modul în care s-a comportat cu ea medicul chirurg care n-a tratat-o ca pe o ființă omenească, ci ca pe un „melanom", afirmând că înlăturarea ochiului reprezintă o intervenție chirurgicală minoră care nu necesită decât spitalizare de două zile. După părerea pacientei, dacă această afirmație ar fi fost adevărată, ea s-ar fi refăcut mult mai repede.

Terapeutul și-a dat seama de faptul că pacienta nu a fost suficient informată în legătură cu diversele aspecte ale bolii și din acest motiv a dezvoltat expectații nerealiste care, dacă nu au fost îndeplinite, au condus la accentuarea depresiei.

Intervenția terapeutică a fost de tip cognitiv-comportamental. Terapeutul a acordat o atenție specială formării alianței terapeutice cu clienta a cărei nevoie de independență a împiedicat-o să solicite sprijin de la cei din jur. Obiectivul terapiei a fost clar formulat și a constat în ajutarea ei să depășească o situație extrem de traumatizantă. Una dintre problemele ce au necesitat rezolvare a fost tendința mamei de a profita de această situație și de a o face și mai dependentă. Terapeutul a accentuat faptul că pacienta era o persoană cu multiple resurse care o puteau ajuta să-și rezolve problema. Deși inventarul de depresie Beck a evidențiat o depresie moderată, clienta nu era total lipsită de speranță și nu prezenta un risc suicidar.

Deși stilul adaptativ al clientei era unul de negare, situația în care se afla în momentul prezent era destul de dificil de negat sau ignorat, din cauza consecințelor evidente care se manifestau în viața cotidiană.

Întrebarea „ce dovadă am că nu mă voi putea adapta acestei situații?" s-a dovedit extrem de utilă în demersul de modificare a dispoziției ei afective. Un accent deosebit a fost pus pe dezvoltarea unor abilități de a face față problemelor existente și anume adaptarea la vederea monooculară, dezvoltarea unui comportament asertiv față de mama sa și solicitarea sprijinului din partea unei verișoare necăsătorite. Terapeutul a subliniat în mod realist consecințele condiției medicale actuale și a ajutat-o să culeagă cât mai multe informații care să o ajute să se adapteze situației.

Temele pentru acasă au avut drept scop câștigarea unui autocontrol mai bun asupra propriei existențe. În mod concret i s-a cerut să solicite sprijin verișoarei și prietenului, să-și impună punctul de vedere în fața mamei, să discute cu prietenii situația ei și să solicite mai multe informații de la medicul ei curant, pentru a scăpa de anumite incertitudini.

În cadrul ședințelor de psihoterapie, pacienta a învățat o tehnică de relaxare cu sugestii țintite de întărire a ego-ului, precum și tehnica imaginației dirijate, în care s-a vizualizat pe sine în viitor sănătoasă, făcând față cu bine situației în care se afla. Au fost exersate, de asemenea, la nivel de joc de rol, modalitățile mai eficiente de realizare a sarcinilor pentru acasă.

Convingerea legată de faptul că nu va face față situației a fost înlocuită cu una mai realistă: „Ceea ce mă determina până acum să fiu disperată nu mă mai tulbură chiar atât de mult; cred că pot să supraviețuiesc și cu un singur ochi".

În finalul terapiei pacienta a exprimat convingerea că „în viață se întâmplă și lucruri mai rele cărora trebuie să fiu pregătită să le fac față". Scorurile la scalele de depresie și anxietate au revenit și ele aproape la normal.

După câteva luni, clienta și-a găsit un loc de muncă la o firmă de vânzări de medicamente. Între timp ea a continuat să primească tratament de la medicul specialist, pentru a se evita apariția unor metastaze. După cinci ani de la intervenția terapeutică pacienta se afla în stare bună atât sub aspect medical, cât și psihologic și era bine integrată social.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Consilierea și terapia cognitiv-comportamentală bazată pe rezolvarea de probleme la pacienți cu tulburări psihice diagnosticați de medicul de familie

D'Zurilla și Goldfried (1971) au pus la punct un demers terapeutic de rezolvare de probleme pentru pacienții cu tulburări psihice, diagnosticați de medicul de familie.

Goldberg și Huxley (1980) au investigat un lot de 88 de pacienți care s-au adresat medicului generalist pentru următoarele tipuri de probleme:

- anxietate și îngrijorare (82);
- dispoziție tristă (71);
- oboseală cronică (71);
- simptome somatice (52);
- tulburări de somn (50);
- iritabilitate (38);
- preocupări de tip hipocondriac (27);
- idei cu conținut depresiv asociate cu dificultăți de concentrare a atenției (27);
- obsesii și comportamente cu caracter compulsiv (19);
- fobii (11);
- depersonalizare (6).

Autorii menționați, precum și alte colective de cercetare de la Universitatea Oxford din Marea Britanie și-au propus să studieze în ce măsură un tratament psihologic de scurtă durată poate înlocui tratamentul psihiatric medicamentos. Gath și Mynors-Wallis (1999) realizează o trecere în revistă a principalelor studii de acest tip.

În cadrul primului studiu, Catalan et al. (1984 a,b) și-au propus să verifice dacă medicația anxiolitică poate fi stopată fără a avea consecințe negative asupra pacienților. Pentru a verifica ipoteza conform căreia tratamentul cu anxiolitice ar putea fi eliminat fără a avea loc efecte negative au fost comparate două loturi de pacienți, unul care a primit medicație anxiolitică și altul la care a fost aplicat un program de consiliere cognitiv-comportamentală realizată de către medici de familie.

La selectarea subiecților s-a ținut seama de faptul că aceștia prezentau tulburări anxioase aflate la debut, pentru care, în mod normal,

BCU "CAROL I" UNIVERSITY LIBRARY

ar fi trebuit administrate tranchilizante, și nu au urmat niciun fel de tratament psihiatric în ultimele trei luni. Pacienții au fost distribuiți în mod aleatoriu într-unul dintre cele două grupuri.

Primului grup i se administrau benzodiazepine (de regulă, diazepam), iar cel de-al doilea grup a fost supus unui program de consiliere psihologică în patru etape:

- ascultarea pacientului și evaluarea simptomelor;
- explicarea naturii simptomelor;
- asigurări oferite pacienților;
- sfătuire–consiliere.

O consultație a durat în medie 10,5 minute pentru grupul tratat medicamentos și 12 minute pentru pacienții din cadrul grupului de consiliere.

Numărul mediu de consultații într-un interval de șase luni a fost de 4,6 pentru pacienții care primeau medicamente și 4,5 pentru cei tratați psihologic. Autorii studiului menționează faptul că medicii de familie nu au beneficiat de o instruire specială în domeniul consilierii psihologice. Evaluarea stării psihice a pacienților a avut loc în cadrul consultației inițiale, după o lună și după șapte luni.

Evaluarea a fost realizată pe baza automonitorizării efectuate de către pacienți, precum și cu ajutorul unor experți evaluatori, urmărindu-se răspunsurile la întrebările dacă eliminarea medicației anxiolitice:

- înrăutățește starea psihică a pacienților;
- conduce la creșterea consumului de alcool, tutun sau medicamente neprescrise de medic;
- îi determină pe pacienți să se adreseze într-o mai mare măsură medicului de familie;
- creează insatisfacții pacienților.

Rezultatele obținute au evidențiat următoarele aspecte:

- la ambele loturi de subiecți s-au constatat ameliorări semnificative ale simptomatologiei clinice, fără diferențe între lotul tratat cu medicamente și cel care a beneficiat de consiliere psihologică.

Rezultatele au fost obținute în urma aplicării următoarelor probe: Chestionarul Stării Prezente (PES) (Wing et al., 1974); Profilul Stărilor Dispoziționale (McNair și Lorr, 1964); Scala modificată a adaptării sociale (Cooper et al., 1982), precum și prin intermediul autoevaluării satisfacției obținute în urma tratamentului:

– după eliminarea anxioliticelor nu s-a înregistrat creşterea consumului de alcool, tutun sau medicamente neprescrise;

– eliminarea tratamentului psihiatric nu a condus la creşterea solicitărilor clienţilor faţă de medicul de familie nici sub aspectul frecvenţei, nici sub cel al duratei unei consultaţii;

– eliminarea medicaţiei anxiolitice nu a produs niciun fel de insatisfacţie pacienţilor.

Concluzia care se degajă în urma acestui studiu este că, în cazul tratamentului tulburărilor emoţionale, medicaţia anxiolitică nu s-a dovedit mai eficientă comparativ cu tehnicile de consiliere de scurtă durată aplicate de medicul de familie în timpul consultaţiei obişnuite (Caplan et al., 1984a, 1984b). În cadrul ambelor loturi au rămas însă un număr de pacienţi care nu au înregistrat niciun fel de ameliorare în următoarele şase luni, procentul acestora fiind de aproximativ 30%. Aceşti subiecţi au făcut obiectul unui alt studiu, ei fiind consideraţi pacienţi cu prognostic rezervat.

În cazul acestora s-a optat pentru un demers psihoterapeutic bazat pe rezolvarea de probleme care include următoarele aspecte:

1. Evaluarea simptomelor şi a problemelor practice şi sociale pe care le prezintă pacienţii.

2. Furnizarea unor explicaţii în legătură cu cauzele şi modul de apariţie a tulburărilor emoţionale.

3. Asigurarea clienţilor de faptul că demersul de rezolvare de probleme va fi adecvat şi eficient pentru reducerea simptomelor.

4. Aplicarea strategiei de rezolvare de probleme în mai multe etape:

- problemele clientului sunt definite clar şi în detaliu;
- pentru rezolvarea fiecărei probleme sunt identificate unul sau mai multe obiective posibil de atins;
- clientul este solicitat să genereze cât mai multe soluţii posibile pentru fiecare problemă;
- clientul va opta pentru soluţia cea mai adecvată;
- clientul împreună cu terapeutul vor elabora un plan de acţiune care trebuie implementat în practică până la şedinţa viitoare de terapie;
- în următoarea şedinţă sunt evaluate progresele obţinute.

Demersul terapeutic s-a desfăşurat pe parcursul a patru şedinţe de psihoterapie, timp de şase săptămâni.

Prezentăm în cele ce urmează planul desfăşurat pentru cele patru şedinţe de psihoterapie (Gath şi Mynors-Wallis, 1999, p. 425).

Etapele demersului terapeutic

Etapa 1: Explicarea tratamentului și mecanismelor după care funcționează acesta.

Etapa 2: Clarificarea și definirea problemelor.

Se realizează o listă de probleme prezentate într-o formă explicită, clară și concretă și se fragmentează fiecare problemă în părțile sale componente care pot fi gestionate.

Etapa 3: Selecționarea unor obiective posibil de atins.

Se identifică obiective de scurtă durată (până la viitoarea ședință de psihoterapie) și de lungă durată pentru întreg demersul terapeutic.

Etapa 4: Generarea unor soluții.

Se realizează prin intermediul unor strategii de tip brainstorming.

Etapa 5: Opțiunea pentru soluția preferată.

Etapa 6: Implementarea în practică a soluției preferate.

Fiecare etapă necesară implementării soluției preferate va fi definită cu precizie.

Terapeutul și pacientul vor cădea de acord în legătură cu stabilirea unor sarcini care trebuie duse la îndeplinire până la viitoarea ședință de psihoterapie.

Etapa 7: Evaluarea.

Pacientul împreună cu terapeutul vor evalua succesele sau eșecurile înregistrate în îndeplinirea temelor pentru acasă.

Ședința nr. 1. Obiective:

1. Realizarea unei liste care să cuprindă simptomele și problemele clientului și identificarea legăturilor dintre acestea;

2. Explicarea principiilor și modului de funcționare al terapiei bazate pe demersul de rezolvare de probleme;

3. Exemplificarea stadiilor demersului de rezolvare de probleme pornind de la o problemă concretă a clientului.

În cadrul primei ședințe de terapie, cel mai important element îl reprezintă motivarea pacientului să participe la terapie. Aceasta se realizează datorită faptului că pacientul s-a convins că terapeutul l-a ascultat, a înțeles natura dificultăților sale și, pornind de la ceea ce a înțeles, a explicat clar și în cuvinte simple modul în care funcționează demersul de rezolvare de probleme.

Stadiul 1

Explicarea tratamentului și a modului în care acționează acesta

Acest stadiu cuprinde trei etape:

(1) Identificarea simptomelor emoționale.

Terapeutul va realiza o listă a tuturor problemelor emoționale ale clientului: dispoziție proastă, plâns facil, pierderea sentimentului plăcerii, îngrijorare, lipsă de speranță, dificultăți de concentrare a atenției, iritabilitate. Cele mai răspândite simptome fiziologice sunt: oscilații ale apetitului, fatigabilitate, tulburări de somn, cefalee, dureri nespecifice etc.

(2) Identificarea problemelor în sfera relațională, în activitatea profesională, problemelor financiare, în gospodărie, cu sănătatea, în timpul liber.

(3) Acceptarea legăturii dintre probleme și tulburările emoționale.

Clientul trebuie ajutat să înțeleagă faptul că simptomele reprezintă reacții emoționale la problemele sale. Terapeutul îi va explica faptul că dacă își va rezolva problemele în timpul terapiei, simptomele se vor remite.

Deși nu trebuie încurajate expectațiile nerealiste, o notă de optimism va avea efect motivator asupra clientului. Terapeutul va sublinia faptul că pacientul va juca un rol activ în timpul terapiei.

Stadiul 2

Clarificarea și definirea problemelor

Include două etape:

(1) Terapeutul va alege o problemă specifică, de importanță deosebită pentru client și care se potrivește pentru exemplificarea demersului rezolutiv. Problema respectivă trebuie definită cât mai clar posibil, în raport cu răspunsurile la următoarele întrebări:

- Care este (în ce constă) problema?
- Când a apărut problema?
- Unde se manifestă problema?
- Cine este implicat în producerea ei?

(2) Fragmentarea unor probleme complexe în părți componente care pot fi gestionate.

De regulă, clienții prezintă mai multe probleme legate între ele. Terapeutul împreună cu clientul vor examina cu atenție problemele și vor alege una sau două dintre acestea care se pretează la o abordare inițială. De pildă, o pacientă casnică va afirma că are pro-

bleme în familie. La o investigație mai atentă se va constata că, de fapt, există mai multe probleme: ea este deranjată pentru că soțul iese cu prietenii aproape în fiecare seară, mama ei o critică pentru că nu este o bună gospodină, iar pacienta trebuie să-și întrețină sora la facultate.

Stadiul 3

Selectarea unor obiective posibil de atins

La selectarea acestora trebuie să se țină seama de echilibrul dintre resursele clientului și obstacolele care stau în calea atingerii obiectivelor. Resursele personale se pot referi la:

- Forța ego-ului (trăsături pozitive de personalitate);
- Nivel educațional; hobby-uri; resurse sociale și financiare;
- Suportul oferit de alte persoane: soț, rude, prieteni sau persoane specializate (preot, asistent social, psiholog);
- Grupuri suportive (de prieteni, colegi de serviciu, de cenaclu literar, participanți la activități sportive etc.).

Este important ca pacientul să obțină rezultate rapide chiar de la începutul terapiei. Din acest motiv trebuie identificate obiective pe termen scurt care pot fi atinse până la ședința viitoare de terapie. Obiectivele pe termen mediu vor fi atinse în cursul următoarelor ședințe de terapie.

Stadiul 4

Generarea unor soluții posibile

Odată stabilit un obiectiv posibil de atins, clientului i se cere să genereze cât mai multe soluții pentru atingerea acestuia. Aceste soluții nu trebuie evaluate, chiar dacă par absurde sau nepotrivite.

Stadiul 5

Selectarea soluției preferate

Terapeutul îl va încuraja pe client să realizeze liste cu argumente pro și contra fiecărei soluții generate. I se poate cere acestuia să alcătuiască respectivele liste în cadrul unor sarcini pentru acasă. Va fi selectată acea soluție care va conduce la atingerea obiectivului cu minimum de dezavantaje posibile. Mulți clienți cu tulburări emoționale consideră că acest stadiu este cel mai dificil de realizat, ei rumegând soluțiile posibile, fără a se putea decide pentru una dintre ele.

Stadiul 6

Implementarea soluției alese

Este important să nu se forțeze acest stadiu, pentru că pacientul poate să nu fie convins de faptul că a ales soluția cea mai potrivită. Etapele demersului de implementare a soluției trebuie, la rândul lor, fragmentate în pași mici, ca în exemplul de mai jos:

Soluție preferată: Angajarea cu o jumătate de normă.

Etape:

(a) să meargă la firma la care lucrează un prieten și să stea de vorbă cu funcționarul de la resurse umane;

(b) să urmărească în ziar ofertele de serviciu;

(c) să trimită CV-uri pe internet la mai multe adrese.

Clientului trebuie să-i fie trasate sarcini foarte clare pe care trebuie să le îndeplinească până la următoarea ședință de psihoterapie.

Prima ședință de psihoterapie se va încheia cu următoarele mesaje cu caracter concluziv:

- simptomele sunt generate de probleme;
- dacă problemele vor fi rezolvate, simptomele vor dispărea;
- până la ședința viitoare trebuie duse la îndeplinire o serie de sarcini pentru acasă.

Înainte de încheierea ședinței de terapie, clientului i se acordă un anumit timp pentru a adresa întrebări.

Ședința nr. 2

Va coincide cu **stadiul 7: evaluarea.** La începutul acestei ședințe, precum și al celor care urmează, trebuie evaluate progresele realizate de pacient.

Terapeutul va discuta cu acesta în legătură cu dificultățile întâmpinate, ținând seama de faptul că pacientul are tendința de a se orienta selectiv asupra eșecurilor. Este important să fie apreciate toate succesele, indiferent cât de mici sunt acestea.

În cazul în care apar dificultăți sau obstacole, trebuie identificate cauzele care le-au generat în funcție de răspunsurile la următoarele întrebări:

- A fost obiectivul definit suficient de clar?
- Au obiectivele un caracter nerealist?
- Au apărut noi piedici pe parcurs?
- Etapele demersului de implementare a soluției sunt dificil de urmat? Dacă da, de ce?

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În cazul în care prima problemă selecționată s-a dovedit prea dificilă, trebuie aleasă o alta. Acest lucru nu înseamnă că prima problemă nu este importantă, însă rezolvând o altă problemă mai simplă, clientul va recâștiga un anumit autocontrol asupra existenței sale și va putea ulterior să revină la problema inițială.

În cazul în care clientul nu a îndeplinit sarcinile pentru acasă, este posibil ca acesta să nu fi înțeles ce anume se cere de la el. Terapeutul va trebui, de asemenea, să explice faptul că progresele obținute între ședințele de terapie sunt mai importante decât cele realizate în timpul unei ședințe.

După evaluarea progreselor, restul timpului va fi dedicat planificării unor noi sarcini pentru acasă, sarcini ce vor trebui duse la îndeplinire până la ședința viitoare. Aceste sarcini vor trebui să se refere la problema aleasă sau la o nouă problemă.

Ședința nr. 3 (și următoarele)

Clientul împreună cu terapeutul vor reevalua problema inițială și vor înregistra progresele obținute. Se va stabili dacă se va continua lucrul asupra problemei inițiale sau se va trece la o nouă problemă.

În această etapă clientul se va concentra asupra unor obiective intermediare în vederea atingerii obiectivului final. Astfel, dacă obiectivul final constă în găsirea unui loc de muncă, obiectivele intermediare pot fi:

- culegerea de informații în legătură cu posturile oferite și calificarea necesară pentru a le ocupa;
- trimiterea unor CV-uri la diverse adrese;
- participarea la interviuri.

În cadrul primei ședințe de terapie, i se va explica pacientului faptul că tratamentul va cuprinde un număr limitat de ședințe care se vor întinde pe un număr de săptămâni.

Într-una din ședințele viitoare, terapeutul va explica faptul că demersul de rezolvare de probleme va putea fi aplicat nu numai problemelor curente, ci și unor probleme viitoare.

Este util să se exerseze împreună cu clientul acest demers asupra unor probleme ipotetice. În penultima ședință de psihoterapie este indicată revizuirea listei inițiale de probleme pentru identificarea acelora care vor trebui rezolvate în cadrul întâlnirii finale. Ședințele de la finalul demersului terapeutic pot fi mai scurte decât cele inițiale. De asemenea, în decursul ședințelor finale terapeutul va juca un rol mai puțin activ și acest lucru va fi subliniat în prezența clientului.

În cazul în care demersul terapeutic va fi încununat de succes, clientul va fi convins că a contribuit la vindecarea sa utilizând metode simple, bazate pe simțul comun. Așa cum am subliniat mai sus, programul de rezolvare de probleme a fost aplicat pacienților cu prognostic rezervat, care nu au înregistrat progrese în urma demersului inițial de consiliere psihologică. Acest program a fost aplicat de către un medic psihiatru.

S-au selecționat 47 de pacienți cu prognostic rezervat, dintre care 21 au fost supuși demersului de rezolvare de probleme și 26 au fost tratați medicamentos de către medicul de familie (Catalan et al., 1991). Aceștia au fost evaluați la 4, 21 și 28 de săptămâni de la evaluarea inițială realizată de medicul de familie. După șapte săptămâni, ambele loturi de subiecți au obținut progrese semnificative, reducerea scorurilor la simptomele psihopatologice fiind mult mai accentuată la cei tratați psihoterapeutic comparativ cu cei care au primit medicație psihiatrică. După 28 de săptămâni reducerea scorurilor la simptomele psihopatologice a fost semnificativ mai mare la grupul care a fost supus demersului de rezolvare de probleme față de grupul-martor.

Concluzia care se degajă în urma acestui studiu este că utilizarea unui demers terapeutic de scurtă durată bazat pe rezolvarea de probleme, sub conducerea unui specialist (psihiatru, psiholog), reprezintă un tratament eficient pentru pacienții cu tulburări emoționale de tip nevrotic.

BCU IASI/CENTRALA UNIVERSITARA

XIII
Cuplul și familia în criză: abordări cognitiv-comportamentale

Managementul crizelor în relațiile de cuplu

Dainto, Baucom, Epstein și Dutton (1998) subliniază faptul că problemele apărute în cadrul relațiilor de cuplu reprezintă factori stresanți de importanță majoră, care conduc la tulburări psihopatologice cum ar fi depresia și anxietatea. Conflictele dintre parteneri au de regulă un caracter cronic și reprezintă modele repetitive de interacțiuni negative cum ar fi solicitare–retragere sau evitare reciprocă (Christensen, 1988; Epstein, Baucom și Rankin, 1993).

La multe cupluri se constată o escaladare a conflictelor care alterează funcționarea normală a partenerilor și care conduc la crize ce amenință echilibrul psihic al membrilor cuplului și stabilitatea relației. Din nefericire, majoritatea cuplurilor nu recurg la ajutor calificat doar atunci când situația de criză a atins punctul culminant.

Modelul ABCX al crizei familiale descris de Hill (1949; 1959), precum și unele modele mai recente care pornesc de la acesta — modelul ABCX-dublu (McCubbin și Patterson, 1983), modelul tipologic (McCubbin și McCubbin, 1989) și modelul Vulnerabilitate-Stres-Adaptare (Karney și Bradbury, 1995) — stau la baza demersului terapeutic specific situațiilor de criză familială.

În cadrul modelului ABCX este realizată distincția dintre evenimentele de viață care forțează cuplul sau familia să se adapteze și situația de criză caracterizată prin dezorganizarea rezultată din incapacitatea membrilor cuplului de a se adapta la stres. Modelul teoretic menționat se referă și la factorii care vor influența capacitatea de adaptare a cuplului: resursele familiei sau cuplului, maniera de percepere

BCU CLUJ UNIVERSITY LIBRARY

a stresului, precum și abilitatea membrilor cuplului de a-i face față. Modelele de coping ale cuplului sunt adaptate după cele individuale (Lazarus și Folkman, 1984) și includ strategii cognitive și comportamentale de a face față stresului. Prezentăm în cele ce urmează principalele componente ale modelului ABCX (Epstein și Schlesinger, 2000).

Factorii stresanți (A)

Cuprind o varietate de agenți stresanți care solicită membrii cuplului să-și modifice maniera de interacțiune, precum și modelele individuale de a face față acestor solicitări.

De pildă Ștefan, tehnician electronist, afirmă că timp de 10 ani el și soția lui au interacționat foarte bine până în momentul în care întreprinderea la care lucra s-a restructurat și el a ajuns șomer. Șomajul și eforturile de a găsi un nou loc de muncă nu i-au afectat numai dispoziția, ci și relațiile cu soția, cu care nu mai discuta despre ce a făcut la serviciu sau despre prieteni, ci despre impactul negativ al șomajului: îngrijorarea legată de lipsa banilor și de acumularea unor datorii. Terapeutul care își propune să lucreze cu un cuplu va trebui să identifice impactul stresului atât la nivel individual, cât și interacțional. Agenții stresanți prezintă o serie de particularități, cum ar fi:

- sunt intrinseci relației de cuplu (trăsăturile de personalitate ale unuia dintre parteneri, probleme legate de abuzul de substanțe, violența domestică, modele disfuncționale de interacțiune cum ar fi cicăleala reciprocă etc.) sau externi (inundațiile au distrus gospodăria familiei);
- caracterul brusc;
- caracterul neașteptat sau, dimpotrivă, așteptat;
- nivelul de ambiguitate în legătură cu consecințele posibile;
- gradul de severitate al stresului;
- durata;
- măsura în care membrii familiei sunt decișisă se expună stresului (decizia în legătură cu emigrarea);
- câți membri ai familiei sunt direct afectați (Boss, 1988; McCubbin și Patterson, 1983).

Prezența unor factori stresanți poate exercita o presiune asupra membrilor familiei, forțându-i să realizeze schimbări majore în relațiile dintre ei, schimbări de obiective, roluri și modele de interacțiune.

Unii stresori au un conținut puternic negativ (decesul unuia dintre parteneri), în timp ce alții au încărcătură pozitivă (mutarea în alt oraș pentru un serviciu mai bun), în ambele situații fiind însă necesară adaptarea membrilor familiei. O serie de factori stresanți au un caracter previzibil ca în cazul căsătoriei, nașterii copiilor, modificărilor în plan profesional, pensionării, plecării copiilor.

Chiar și în cazul etapelor normale de tranziție pe care le parcurge familia, factorii stresanți poartă amprenta culturii, rasei, categoriei sociale, orientării sexuale, asumării sex-rolurilor, prezenței sau absenței copiilor etc. (Carter și McGoldrick, 1999).

Surse de stres reprezintă și modificările în relația intimă, care poate evolua de la dragoste înflăcărată la afecțiune prietenească sau la ostilitate. Alți factori stresanți au un caracter imprevizibil și chiar catastrofal: separarea, divorțul, șomajul sau decesul unuia dintre parteneri. Acești factori pot acționa brusc, inducând partenerilor și familiei un profund sentiment de neajutorare (Figley, 1983) care poate declanșa criza.

Agenții stresanți perturbă echilibrul familiei pentru că destructurează rutinele zilnice și îi pun în față obstacole care trebuie depășite. Cu toate acestea, stresorii nu au doar efecte negative, o familie sau un cuplu normal putând să evolueze datorită eforturilor de a depăși anumite obstacole.

Teoriile sistemice postulează faptul că o familie armonioasă trebuie să păstreze un anumit echilibru între stabilitate și evoluție (Leslie, 1988). Obiectivul intervenției în situații de criză nu constă în minimizarea acțiunii factorilor stresanți, ci în învățarea indivizilor, cuplurilor sau familiilor să facă față eficient evenimentelor pozitive sau negative ale existenței.

Resursele (componenta B)

Capacitatea cuplului sau familiei de a face față evenimentelor stresante depinde de resursele pe care le dețin ca indivizi sau grup.

Există trei categorii de resurse de care depinde capacitatea de a face față stresului.

1. Resursele personale ale fiecărui individ în parte.
2. Resursele cuplului sau sistemului familial.
3. Resurse care țin de mediul înconjurător (exterioare familiei sau cuplului).

1. În cadrul resurselor personale sunt incluse starea sănătății, inteligența, nivelul educațional, abilitățile de rezolvare de probleme,

profesia, nivelul financiar și unele caracteristici psihologice cum ar fi stima de sine sau încrederea în forțele proprii (Boss, 1988; McCubbin și Paterson, 1983).

Maniera de a face față stresului nu depinde numai de resurse în sine, ci și de maniera de a le utiliza, respectiv de stilul de *coping*. Astfel, studiile au evidențiat faptul că stilul evitant (negare, distragere) produce o ușurare pe termen scurt și o adaptare deficitară pe termen lung, comparativ cu strategiile orientate pe utilizarea resurselor în vederea rezolvării problemelor (Suls și Fletcher, 1985).

2. Resursele cuplului includ capacitatea de colaborare în soluționarea problemelor, coeziunea relației, sprijinul reciproc, abilitățile de comunicare eficientă și flexibilitatea în ceea ce privește schimbarea rolurilor și modificarea modalităților de interacțiune în scopul adaptării. Observațiile au evidențiat faptul că acele cupluri în care partenerii se sprijină reciproc (emoțional, informațional, prin ajutor direct în rezolvarea problemelor) se caracterizează printr-o mai mare satisfacție de pe urma relației și au o stare psihofizică mai bună (Carels și Baucom, 1999; Pasch, Bradbury și Sullivan, 1997).

O resursă importantă în lupta cu stresul o reprezintă forța și coeziunea familiei, resursă ce permite un control sporit asupra evenimentelor de viață (McCubbin și McCubbin, 1989). Mai mult, cuplurile pot utiliza resursele de natură relațională atât pentru a se confrunta în mod direct cu stresul, cât și pentru a identifica și accesa resurse din mediul înconjurător. Astfel, o familie stresată de probleme financiare își poate utiliza capacitățile pentru a găsi soluții de reducere a cheltuielilor sau pentru a descoperi modalități suplimentare de câștig.

3. Resursele externe pot deriva din interacțiunile cu prietenii, rude, vecini, servicii sociale, centre de sănătate, școli sau biserică.

Un cuplu se poate afla în situații de risc nu numai în absența resurselor de a face față situației, ci și din cauza unor factori de vulnerabilitate. Kanney, Bradbury (1995) și McCubbin, McCubbin (1989) definesc vulnerabilitatea ca fiind o structură de caracteristici relativ stabile care împiedică individul, cuplul sau familia să se adapteze eficient la stres.

La nivel individual, membrii unui cuplu pot prezenta simptome ale unei tulburări posttraumatice de stres datorate unor traume trecute, depresie, anxietate, tulburări în sfera personalității sau pur și simplu o hiperactivitate emoțională. La nivel de cuplu, factori de vulnerabilitate pot fi tendința de a escalada conflicte sau evitarea reci-

procă. Studii recente au evidențiat faptul că în cazul cuplurilor disfuncționale se dezvoltă un fond emoțional negativ care colorează toate interacțiunile partenerilor (Gottman, 1994). Modalitatea de a face față propriilor reacții emoționale negative devine un important factor de vulnerabilitate care împiedică partenerii să facă față stresurilor viitoare.

Perceperea și evaluarea stresului (componenta C)

Boss (1988) subliniază faptul că deși membrii unei familii pot avea percepții diferite cu privire la factorii de stres, percepțiile colective le pot umbri punctele de vedere individuale. Astfel, membrii familiei pot împărtăși opinia comună bazată pe mecanismul psihologic de negare, conform căruia un membru al familiei alcoolic nu are o problemă serioasă cu băutura.

Boss (1988) și McCubbin; McCubbin (1989) subliniază faptul că familiile care evaluează agentul stresant ca pe o provocare, ca pe un obstacol ce trebuie depășit prin intermediul unor eforturi, au strategii mai eficiente de adaptare comparativ cu cele care consideră stresorii evenimente incontrolabile ce trebuie acceptate ca o fatalitate. Același autor (Boss, 1988) este de părere că deși uneori maniera de adaptare pasivă poate fi eficientă (ca în cazul unui prizonier de război), în cazul familiilor această modalitate de adaptare nu face decât să exacerbeze problemele.

McCubbin și McCubbin (1989) arată că membrii cuplului sau familiei evaluează stresul și în funcție de capacitățile membrilor lor de a-i face față, tensiunea și supraîncordarea manifestându-se atunci când solicitările depășesc resursele adaptative ale familiei, indiferent dacă evaluările respective sunt corecte sau nu.

Faptul că evaluările subiective mediază răspunsurile individuale la factori stresanți reprezintă un argument important în utilizarea terapiilor cognitive în reducerea efectelor negative ale stresului.

McCubbin și McCubbin (1989) vorbesc de schemele cognitive ale familiei, scheme care includ atitudinile membrilor familiei cu privire la gradul de coeziune, obiectivele comune, capacitatea de a face față factorilor stresanți, optimismul cu privire la viitor, precum și dorința comună de a accepta soluții de compromis.

Schemele cognitive ale familiei s-au structurat în urma experiențelor de viață și au tendința de a deveni relativ stabile, influențând evaluările cu caracter situațional. Mai precis, factorii cognitivi cu

caracter subiectiv au o influență majoră asupra modului în care membrii familiei fac față situațiilor stresante apărute în cadrul relațiilor dintre ei.

Odată ce un cuplu sau o familie a intrat într-o situație de criză, evaluarea pe care o fac membrii familiei asupra acesteia (de pildă, se simt neajutorați) le afectează eforturile de adaptare în direcția restabilirii echilibrului.

Starea de criză (componenta X)

De cele mai multe ori cuplurile sau familiile sunt capabile să facă față stresului utilizând propriile lor resurse, nutrind convingerea că au capacitatea de a controla situația.

În cazul în care resursele adaptative nu sunt suficiente pentru a reduce presiunea exercitată de agenții stresanți, organizarea și funcționarea sistemului familial sunt destabilizate. Tensiunea rezultată în urma discrepanței dintre solicitări și capacități produce starea de criză (componenta X a modelului ABCX) în cadrul căreia rolurile, modelele de interacțiune, strategiile de rezolvare de probleme, precum și alte particularități ale sistemului familial sunt paralizate sau distruse (McCubbin și McCubbin, 1989).

În situația de criză, membrii cuplului sau familiei dezvoltă o serie de simptome cognitive, afective, fiziologice și comportamentale care depășesc nivelul de funcționare normal (Greenstone și Leviton, 1993). La nivel cognitiv se manifestă indecizie, confuzie și sentimentul neajutorării. Simptomele afective cele mai răspândite sunt anxietatea, iritabilitatea și depresia, în timp ce în plan fiziologic pot apărea insomnii, inapetență, tulburări digestive sau cardiorespiratorii, cefalee etc.

Răspunsurile comportamentale includ comunicare defectuoasă, perturbarea rutinelor zilnice, retragere socială și reacții de dependență și solicitare de sprijin din partea celorlalți.

În afara simptomelor trăite de membrii familiei, starea de criză afectează și modelele de interacțiune din cadrul familiei, cum ar fi asumerea rolurilor, comunicarea sau rezolvarea de probleme, acestea tinzând să devină aversive sau caracterizate prin comportamente de retragere. O stare de criză poate determina o evoluție a sistemului familial, dar și o deterioare a acestuia, membrii familiei putând recurge la violență fizică sau declanșând reacții depresive sau anxioase.

Intervenția în situații de criză are ca obiectiv potențarea unei adaptări cu caracter constructiv care să conducă la un nivel de funcționare de tip superior. Psihoterapia cognitiv-comportamentală pentru cuplurile aflate în criză pornește de la modelul ABCX al reactivității la factori stresanți. Deși terapia cognitiv-comportamentală de cuplu (Baucom și Epstein, 1990; Dattilio, Epstein și Baucom, 1998) se adresează în special cuplurilor care prezintă conflicte maritale cu caracter cronic, obiectivele și strategiile acesteia pot fi adaptate și situațiilor acute de criză.

Așa cum am subliniat mai sus, factorii stresanți care pot afecta cuplul sunt:

– factori situaționali (nașterea unui copil, probleme la locul de muncă, șomaj etc.);

– factori ce țin de relația interpersonală: comunicare verbală de tip aversiv (critică, insulte, ton ridicat, amenințarea cu divorțul etc., retragerea și abuzul fizic). Acești factori interpersonali pot preexista apariției celor situaționali sau pot să apară ca o reacție la o situație stresantă specifică.

– factori ce țin de particularitățile membrilor cuplului: trăsături de personalitate (dependență excesivă, competitivitate), temperament (hiperreactivitate, rezistență scăzută la frustrare) sau tulburări psihopatologice (tulburări depresiv-anxioase, tulburări de personalitate, simptome psihotice).

Tehnicile terapiei cognitiv-comportamentale își propun să reducă vulnerabilitatea la stres, să potențeze resursele adaptative și să sporească șansele de evaluare adaptativă a agenților stresanți (să dezvolte cogniții legate de faptul că stresul poate fi controlat). Deoarece cuplurile care vin la terapie prezintă modele negative de comportament, o sarcină terapeutică va consta și în modificarea acestora. La începutul terapiei se va realiza un interviu complex care va evidenția problemele cuplului, nivelul de destructurare, precum și dorința membrilor acestuia de a lucra asupra problemelor care îi deranjează în timpul ședințelor de psihoterapie. Terapeutul va acorda o atenție deosebită perioadelor în care au acționat factori stresanți și manierei în care cuplul a făcut față acestora.

Se vor identifica apoi elementele de vulnerabilitate (de pildă, comunicarea cu caracter vag), precum și modalitățile individuale de reacție (depresie, irascibilitate etc.). Pe baza relatărilor verbale ale partenerilor, precum și prin observarea interacțiunilor directe care se

manifestă în timpul interviului, terapeutul va identifica modelele de comportament care merită o atenție prioritară pentru ameliorarea stării de criză. În continuare, terapeutul va furniza membrilor cuplului feedbackuri care să-i ajute să înțeleagă starea în care se află și va recomanda unele modificări în sfera comportamentală care să producă o ameliorare rapidă. Aceste feedbackuri vor cuprinde un rezumat al informațiilor culese în raport cu componentele modelului ABCX (stresori, resurse, vulnerabilități, evaluări) care au contribuit la declanșarea crizei. Acest tip de conceptualizare va reduce sentimentul de neajutorare pe care îl încearcă membrii familiei sau cuplului la confruntarea cu situația de criză.

Strategiile comportamentale menite să producă o ameliorare rapidă sunt următoarele:

1. Acordurile de colaborare

Terapeutul le va solicita partenerilor să realizeze niște acorduri de colaborare, în sensul reducerii interacțiunilor negative și creșterii celor cu caracter agreabil. Fiecărui partener i se cere să identifice frecvența apariției unor interacțiuni pozitive, neutre și negative care apar în cadrul relației de cuplu.

Terapeutul va consemna, la rândul său, comportamentele aversive desprinse din relatările verbale ale membrilor familiei sau rezultate în urma observației directe. În continuare, acesta îi va ajuta pe parteneri să-și asume un angajament că vor face demersuri ca până săptămâna următoare să reducă interacțiunile negative și să le sporească pe cele pozitive. Terapeutul le va explica partenerilor nervoși faptul că interacțiunile negative reciproce nu fac decât să accentueze stresul. De asemenea, aceștia vor fi învățați să alcătuiască liste cu avantajele și dezavantajele revărsării ostilității asupra partenerului, în scopul demonstrării faptului că un astfel de comportament prezintă dezavantaje multiple pe termen lung și puține avantaje pe termen scurt.

2. Antrenarea deprinderilor de comunicare

Clienții vor fi învățați în cadrul ședințelor de psihoterapie să substituie mesajele aversive cu unele cu conținut constructiv. Partenerii cuplului vor fi ghidați să renunțe la mesajele negative (blamarea, întreruperea celuilalt, vânătoarea de greșeli, focalizarea asupra trecutului) și să le înlocuiască cu unele pozitive („M-aș bucura dacă tu ai face cumpărăturile așa cum am discutat ieri.").

Cele mai răspândite modalități de a furniza mesaje pozitive sunt următoarele (Epstein și Schlesinger, 2000, p. 301):

- utilizarea mesajelor care încep cu eu;
- exprimarea clară și precisă a gândurilor și emoțiilor;
- exprimarea empatiei față de partener;
- recunoașterea subiectivității propriilor gânduri și sentimente;
- utilizarea unor mesaje nonverbale (contact vizual, expresii faciale, gesturi) care să exprime deschiderea și interesul față de afirmațiile celuilalt.

3. Monitorizarea activităților recreative desfășurate în comun (Baucom și Epstein, 1990)

Cuplurile aflate în conflict evită să-și petreacă timpul împreună, anticipând faptul că vor apărea interacțiuni negative. Terapeutul le va ajuta să aleagă activități agreabile pentru ambii parteneri, indicându-le să-și focalizeze atenția asupra acestora și să evite discuțiile legate de relația dintre ei.

Situațiile stresante care conduc la crize în cadrul cuplului sau familiei pot fi depășite prin intermediul activării resurselor adaptative. Strategiile utilizate sunt comunicarea și rezolvarea de probleme. Capacitatea membrilor cuplului de a colabora pentru identificarea și rezolvarea situațiilor de stres depinde de abilitatea lor de a face schimburi eficiente de informații. Multe cupluri comunică într-un mod imprecis și confuz, fapt ce conduce la neînțelegeri și acțiuni nedorite. Pentru a evita acest lucru, cuplul va fi ajutat să-și antreneze deprinderile de ascultare și exprimare prin intermediul unor tehnici comportamentale care cuprind instrucțiuni speciale, modelarea, jocul de rol și repetarea noilor deprinderi achiziționate.

Tehnica antrenamentului asertiv îi va ajuta pe membrii cuplului să realizeze diferențierea între comportamentul agresiv (inclusiv pasiv-agresiv), cel asertiv și cel submisiv (nonasertiv). În continuare vor fi antrenate în cadrul ședințelor de psihoterapie deprinderile de conduită asertivă: exprimarea unor solicitări directe, dar necoercitive, exprimarea refuzului într-o manieră nonagresivă, precum și adresarea și primirea unor mesaje pozitive (complimente).

Aceste deprinderi vor permite cuplului să negocieze în mod constructiv problemele legate de relația de cuplu, în loc să escaladeze conflictele și să amplifice sentimentele de ostilitate. Terapeutul îi va iniția pe membrii cuplului și în utilizarea strategiilor de rezolvare de

probleme. Etapele demersului de rezolvare de probleme sunt următoarele:

- definirea problemei în termeni comportamentali;
- generarea unui număr de soluții posibile;
- evaluarea avantajelor și dezavantajelor fiecărei soluții și alegerea uneia dintre acestea;
- punerea în practică și evaluarea eficienței acesteia.

Este important ca membrii cuplului să nu se blameze unul pe celălalt pentru apariția problemei și nici să nu sară de la o problemă la alta (Baucom și Epstein, 1990). De pildă, membrii cuplului în care unul dintre parteneri a dezvoltat o simptomatologie depresivă pot să soluționeze împreună problema legată de modul în care să se comporte partenerul nondepresiv pentru a-l ajuta pe celălalt. De asemenea, membrii unui cuplu vor fi învățați să stabilească priorități și să împartă responsabilități într-un mod acceptabil pentru ambele părți. Pentru unele cupluri inechitățile percepute de către unul dintre parteneri în ceea ce privește responsabilitățile reprezintă o sursă majoră de stres și conflicte. Depășirea unor astfel de situații presupune un demers de rezolvare de probleme, precum și intervenții cognitive care se adresează convingerilor nutrite de parteneri cu privire la sex-roluri. Strategiile cognitiv-comportamentale pot viza și probleme specifice unui anumit cuplu, cum ar fi, de pildă, abuzul de alcool, violența domestică sau infidelitatea.

Strategii cognitiv-comportamentale pentru combaterea convingerilor disfuncționale referitoare la agenții stresanți cu caracter situațional

Componenta C din cadrul modelului ABCX al situațiilor de criză familială se referă la procesarea cognitivă a agenților stresanți. Cognițiile disfuncționale implicate cel mai frecvent în cadrul conflictelor maritale sunt: abstragerea selectivă, atribuirea, expectațiile neadecvate, supozițiile și standardele nerealiste (Epstein, 1990; Epstein și Baucom, 1993).

Abstragerea sau percepția selectivă produce disfuncționalități la nivelul funcționării cuplului. Astfel, studiile au arătat că partenerii care nu se înțeleg cad rareori de acord cu privire la anumite evenimente chiar foarte concrete, în decursul a 24 de ore. Aceștia observă doar elementele negative și ignoră aspectele pozitive ale relației. De asemenea, partenerii care nu se înțeleg observă doar cauzalități linia-

re în cadrul relației („eu mă retrag pentru că el mă cicălește și mă enervează"), omițând relațiile cu caracter circular ce țin de relațiile reciproce.

Gottman (1994) a descris procesele care au loc în cadrul cuplurilor perturbate prin intermediul metaforei celor „patru cavaleri ai Apocalipsei", secvența interacțiunilor fiind de tipul următor: comportamente-critică-dezamăgire-defensivitate și retragere, elemente care se potențează reciproc până la destructurarea cuplului. Strategiile de intervenție cognitiv-comportamentală pentru astfel de situații sunt următoarele:

- monitorizarea de către fiecare partener a comportamentelor pozitive și negative ale celuilalt;
- explicarea secvenței comportamentale negative și a efectului circular al acesteia, precum și atenționarea cuplului atunci când sunt puse în acțiune interacțiuni negative;
- achiziționarea de către membrii cuplului a unor deprinderi de comunicare menite să stopeze escaladarea conflictelor în cascadă.

Membrii cuplurilor disfuncționale au și tendința de a atribui comportamentele negative ale partenerului unor trăsături de personalitate stabile, precum și unor rele intenții, iar comportamentele pozitive unor factori conjuncturali pe care cineva nu se poate baza (Baucom și Epstein, 1990; Bradbury și Fincham, 1990).

Ținând seama de aceste realități, terapeutul cognitivist va trebui să-i ajute pe membrii cuplului să examineze validitatea acestor atribuiri pentru a realiza diferențierea dintre atribuirile corecte și cele distorsionate.

Procesul de verificare a atribuirilor implică următoarele strategii:

- identificarea situațiilor trecute în care partenerul a acționat în mod diferit;
- obținerea unor feedbackuri directe de la partener pentru a-i testa intențiile;
- ajutarea partenerilor să verifice în practică veridicitatea unor atribuiri cu caracter alternativ, referitoare la comportamentele negative ale partenerului (Baucom și Epstein, 1990).

În cazul în care dovezile strânse sunt corecte și în favoarea unui comportament negativ deliberat (sadism, dorința de a-l lovi pe celălalt), terapeutul va modifica focalizarea terapiei, orientând-o în direcția unor strategii comportamentale menite să-l învețe pe partenerul în cauză modalități mai constructive de a-și comunica dezaprobarea.

Expectațiile reprezintă predicțiile pe care le realizează un individ în legătură cu producerea unui eveniment, adecvate sau neadecvate, aceste predicții influențează reacțiile comportamentale și emoționale ale subiecților. Astfel, un individ care anticipează atacuri verbale de la partenerul său ori de câte ori își exprimă dezaprobarea va trăi o stare de anxietate atunci când nu este de acord cu celălalt și va tinde să evite comunicarea sau să declanșeze atacuri cu caracter preventiv pentru a se proteja de agresiunea așteptată. În termenii modelului ABCX al situațiilor de criză familială, expectațiile negative pot exacerba stresul, pentru că stresul anticipat poate fi la fel de intens sau chiar mai intens decât cel real. Datorită acestui fapt, terapeutul va trebui să evalueze expectațiile fiecărui membru al cuplului referitoare la evenimentele negative care s-ar putea produce atât în ceea ce privește relația interpersonală, cât și evenimentele externe.

În continuare, membrii cuplului vor fi învățați să examineze dovezile care vin în sprijinul expectațiilor lor, utilizând în acest scop experiențele asemănătoare din trecut. Vor fi examinate și acțiunile specifice care pot fi întreprinse pentru a obține rezultate diferite (de pildă utilizarea deprinderilor de comunicare pentru a analiza situațiile de dezacord în cadrul cuplului).

Supozițiile și standardele reprezintă două forme de scheme cognitive care îi permit subiectului să definească lucrurile și evenimentele și să interpreteze relațiile dintre acestea (Seiler, 1984). Specialiștii în terapie cognitivă consideră că aceste scheme s-au format și structurat de-a lungul vieții subiectului în urma experiențelor și interacțiunilor cu persoane semnificative din copilărie.

Schemele cognitive specifice problemelor de cuplu conțin convingeri cu privire la natura umană, precum și la modul în care două persoane interacționează reciproc în cadrul unor relații bazate pe intimitate, în timp ce standardele se referă la particularitățile pe care trebuie să le aibă membrii cuplului ca indivizi, precum și la relația dintre aceștia (Baucom și Epstein, 1990). De aici rezultă faptul că dacă partenerii au convingeri și standarde extreme, nerealiste sau dacă standardele lor nu sunt satisfăcute, relația devine stresantă.

Boss (1988) subliniază faptul că acele cupluri care consideră că agenții, stresanți au un caracter necontrolabil (convingere, supoziție) sunt mai înclinate să adopte o atitudine pasivă în abordarea acestora. Membrii cuplului vor fi ajutați de către terapeut să înțeleagă în ce

măsură aceste scheme cognitive (convingeri și standarde) s-au format în copilărie, au fost valabile pentru acea perioadă și să verifice dacă acestea se mai potrivesc și în situația prezentă.

Partenerii vor fi ghidați în continuare să examineze avantajele și dezavantajele aplicării acelorași expectații și standarde la relația lor prezentă. Terapeutul îi va ghida pe membrii cuplului să modifice convingerile, expectațiile și standardele extreme, înlocuindu-le cu unele mai realiste și mai ponderate. Membrii cuplului vor realiza și anumite experimente în sfera comportamentală, în cadrul cărora ei vor încerca să se comporte conform noilor standarde, fapt ce va diminua caracterul stresant al interacțiunilor dintre cei doi parteneri.

O altă strategie cognitiv-comportamentală pentru ameliorarea relațiilor din cadrul cuplului constă în aplicarea unor tehnici de rezolvare de probleme, pentru a găsi noi modalități de a satisface așteptările și standardele membrilor cuplului în vederea creșterii satisfacției mutuale a partenerilor.

Un alt factor de natură cognitivă care generează stres în cadrul cuplului ține de maniera în care membrii cuplului definesc termenii pe care îi utilizează. Astfel, afirmația „trebuie să fim mai atenți cu Mirela" poate însemna pentru unul din membrii cuplului acordarea unei afecțiuni sporite, în timp ce pentru celălalt poate reprezenta înăsprirea pedepselor. Terapeutul îi va ajuta pe membrii cuplului să-și îmbunătățească deprinderile de comunicare în vederea precizării termenilor cu care operează.

Studiu de caz

Matei și Raluca, ingineri, în vârstă de 40 și respectiv 37 de ani, trăiau într-o stare de stres cronic din cauza conflictelor legate de educația fiului lor, George, de 15 ani. De aproximativ un an, George, copil unic, a început să nu-și mai asculte părinții și să manifeste un comportament agresiv în familie. Părinții nu reușeau să cadă de acord în legătură cu modalitatea de a-și disciplina fiul, conflictele lor devenind tot mai frecvente și mai puternice. În momentele prezentării la cabinet, cei doi soți manifestau sentimente de neajutorare și lipsă de speranță în legătură cu comportamentul fiului lor, precum și cu aptitudinile lor de părinți. Fiecare îl amenința pe celălalt cu divorțul.

Interviul inițial a evidențiat faptul că George nu era constant în comportamentul său. Astfel, el se purta urât acasă, dar nu și la școală, în locuințele prietenilor sau în timpul activităților extrașcolare. Pe baza acestor informații, terapeutul a tras concluzia că tulburările de comportament ale lui George nu puteau fi puse pe seama

particularităților personalității sale, ci mai curând pe seama modului în care interacționau părinții între ei și cu el.

Aprofundarea interviului a evidențiat și faptul că la începuturile relației dintre soți interacțiunile dintre ei erau predominant pozitive, cu o serie de activități agreabile desfășurate în comun. După nașterea copilului, cuplul a luat decizia ca Raluca să rămână acasă pentru a-și îngriji copilul, situație care a produs un stres semnificativ în familie din cauza diminuării bugetului acesteia. De asemenea, George fusese diagnosticat cu astm bronșic la vârsta de 5 ani, părinții fiind nevoiți să piardă nopți, să interneze copilul de urgență de nenumărate ori și să se teamă serios pentru sănătatea acestuia. Soții au relatat și faptul că în ultimii ani au avut frecvent certuri între ei, precum și reacții agresive în plan verbal față de George, mai ales atunci când acesta din urmă făcea crize de astm. Mai mult, în ultimul timp. Matei era nevoit să stea la serviciu până târziu, iar mama Ralucăi paralizase în urma unui accident vascular și necesita îngrijiri speciale din partea fiicei sale.

Ambii soți se simțeau foarte obosiți și iritați. Aceștia petreceau foarte puțin timp împreună și mai ales împreună cu copilul. Ori de câte ori George se comporta urât, fiecare dintre părinți intervenea pe loc, fără să se consulte cu partenerul său, acțiunile lor fiind de cele mai multe ori contradictorii.

În urma discuțiilor cu terapeutul soții au căzut de acord asupra faptului că abilitățile lor parentale se reduseseră simțitor din cauza multiplilor factori stresanți care acționau asupra lor. Deoarece interacțiunile cu caracter aversiv dintre ei (certuri violente) reprezentau o sursă suplimentară de stres, terapeutul i-a ajutat să reducă aceste interacțiuni disfuncționale și să-și dezvolte deprinderile de ascultare și exprimare eficientă.

De asemenea, li s-a cerut să identifice activitățile agreabile comune și să le introducă, pe cât posibil, în programul săptămânal și în același timp să evite să discute problema fiului lor. Terapeutul le-a explicat și faptul că standardele prea înalte pe care și le fixau cei doi soți în activitate (mai ales cele legate de rolul de părinte) reprezentau factori de vulnerabilitate care îi împiedicau să acționeze eficient în condițiile acțiunii unor factori stresanți multipli. Au fost utilizate tehnicile de restructurare cognitivă pentru a înlocui standardele exagerate în legătură cu îndeplinirea atribuțiilor de rol cu unele mai realiste, cu caracter adaptativ.

Membrii cuplului au fost îndrumați să utilizeze tehnica rezolvării de probleme pentru a soluționa conflictele legate de atribuțiile rolurilor de părinte. Au fost abordați și factorii cognitivi care îi împiedicau pe cei doi soți să coopereze eficient: gândul lui Matei că Raluca îl va critica indiferent ce va spune, precum și convingerea soției că anumite metode de educație sunt bune, iar altele sunt rele. Tehnicile restructurării cognitive au fost aplicate și pentru a modifica atitudinile cuplului față de copil, precum și față de conflictul lor în legătură cu acesta.

Percepțiile selective ale soției asupra modului de comunicare din cadrul cuplului („el nu mă susține niciodată când îi fac observație lui George") l-au determinat pe terapeut să culeagă informații de la membrii cuplului în legătură cu excepțiile de la

această regulă, pe care au reușit să le identifice amândoi (Matei și-a amintit că adesea el a spus: „Dacă mama ta îți cere să faci un anumit lucru, trebuie să-l faci", soția confirmând, la rândul ei, cele afirmate de soț). Cei doi soți nutreau convingerea că tulburările de comportament ale lui George erau cauzate atât de inabilitatea lor ca părinți, cât și de agresivitatea copilului.

Terapeutul i-a ajutat pe părinți să găsească și alte explicații pentru atitudinea copilului. De asemenea, acesta le-a demonstrat faptul că, dacă ar fi vorba de agresivitate ca o trăsătură stabilă a copilului, acesta ar manifesta tulburări de comportament atât acasă, cât și la școală.

S-a lucrat și asupra expectației negative aplicate asupra lui George („am încercat totul și nimic nu a mers"). Terapeutul i-a întrebat cât de mult au insistat în aplicarea unei tehnici educaționale; a rezultat faptul că cei doi, nereușind să cadă de acord, abandonau orice încercare de a corecta conduita copilului dacă acesta nu reacționa imediat. Inconsecvența educațională era exacerbată și de programul încărcat al celor doi soți. Li s-a recomandat să-și acorde un anumit timp pentru a verifica în cadrul cuplului încercările de corectare a comportamentului lui George. Terapeutul le-a explicat și faptul că reacțiile copilului vor urma o curbă la început ascendentă (tulburările de comportament se vor accentua) și apoi descendentă (diminuarea conduitelor indezirabile) din momentul în care părinții vor decide să adopte un sistem educațional coerent.

Soții au fost ajutați să formuleze în termeni clari problemele pe care le ridica atitudinea copilului (nu face curat în cameră, nu își face lecțiile, vorbește la telefon cu prietenii ore în șir etc.) și să găsească soluții concrete la acestea (să discute cu băiatul, să-l pedepsească privându-l de anumite privilegii, să stabilească împreună cu el obiectivele dorite, să utilizeze un sistem de recompense, să-și petreacă mai mult timp împreună cu copilul etc.).

Partenerii au fost ghidați să furnizeze cât mai multe soluții posibile, evaluând apoi costurile și beneficiile fiecăreia dintre ele. Odată identificată soluția optimă, aceasta nu va trebui implementată decât dacă este acceptabilă pentru ambii soți (Baucom și Epstein, 1990), efectele implementării asupra comportamentului copilului fiind monitorizate. Atunci când unul dintre părinți nu reușea să aplice consecvent regula stabilită, terapeutul îl ajuta să identifice sursele acestei situații. Graficul evoluției comportamentului copilului a fost atent urmărit, părinții fiind sfătuiți să aibă răbdare cu acesta. În mai puțin de o lună rezultatele nu au întârziat să apară.

Terapia și consilierea cognitiv-comportamentală în cazul crizelor generate de divorț

Granvold (2000) este de părere că divorțul este rezultatul unui proces cumulativ care constă în pierderi și încercări de readaptare, marcat de crize repetitive cu caracter discret. Experiența divorțului este stresantă pentru majoritatea celor care o trăiesc, reacțiile indivizilor la stres fiind variabile ca durată și intensitate. Acestea pot include depresie, anxietate, panică, ostilitate, mânie, abuz de substanțe și în cazuri extreme chiar suicid și homicid.

Deși pierderea reprezintă o experiență general umană, se pare că majoritatea oamenilor sunt insuficient pregătiți pentru stresul produs de pierderea dragostei. Partenerii de cuplu se atașează puternic unul de celălalt și nu de puține ori, în ciuda conflictelor, mai nutresc sentimente de dragoste unul față de celălalt. Mai mult, deoarece în cadrul relației de cuplu se nasc deseori copii, cuplurile care se decid să divorțeze au tendința de a prelungi într-un fel sau altul relația. Observațiile au demonstrat faptul că relațiile postdivorț generează frecvent situații de criză.

Holmes și Rahe (1967) au ajuns la concluzia că divorțul reprezintă factorul de stres care ocupă locul al doilea în ierarhia factorilor stresanți, locul întâi fiind ocupat de decesul persoanei iubite. S-a constatat că divorțul constituie și un factor important de risc, asociat cu depresia majoră (Anthony și Petronis, 1991; Gallo, Royall și Anthony, 1993; Weissmann, Bruce, Leaf, Florio și Holzer, 1991). De asemenea, rata suicidului la persoanele divorțate este mult mai ridicată decât la cele căsătorite (Cantor și Slater, 1995; Trovato, 1986). Un studiu realizat de Institutul Național de Sănătate Mintală din Rockvilee, Maryland (Granvold, 2000) a evidențiat faptul că persoanele divorțate din SUA sunt de trei ori mai înclinate să comită tentative de suicid, comparativ cu cele din lotul-martor format din subiecții căsătoriți.

Aceste consecințe ale stresului produs de divorț sunt importante nu numai pentru cuplurile în cauză, ci și pentru copii, alți membri ai familiei, prieteni și societatea în ansamblu.

Diferențele interindividuale își spun și ele cuvântul în ceea ce privește modalitatea individului de a face față stresului produs de divorț. Astfel, terapeuții se confruntă cu subiecți care se descurcă foarte bine în situații care pentru majoritatea oamenilor ar conduce la

declanșarea unei crize, în timp ce alții intră în criză în urma unor solicitări care pot fi depășite relativ ușor. Există situații în care putem vorbi de așa-numitul „divorț sănătos" care apare atunci când membrii cuplului se decid să-și separe existența într-o manieră constructivă și colaborativă, în vederea obținerii unei bunăstări reciproce (Everett și Everett, 1994).

Deși tranziția la existența în afara cuplului se poate face relativ lin, individul în cauză este pus în situația de a se adapta unor noi roluri, responsabilități sau relații cu cei din jur. De pildă, o femeie care consideră că divorțul ei a reprezentat o acțiune pozitivă, fiind realizat de comun acord, a beneficiat de un partaj echitabil al bunurilor, și-a acceptat statutul de persoană singură, poate avea totuși unele probleme în a se adapta rolului de părinte unic. În acest caz, situația de criză prin care trece această persoană este secundară *divorțului sănătos.*

O persoană implicată într-un divorț va suporta, așa cum am mai arătat, o serie de crize de intensitate mai redusă apărute pe parcursul demersului de separare, precum și după încheierea acestuia, crize care produc efecte cu caracter cumulativ. Psihotraumele repetitive nu fac decât să crească vulnerabilitatea persoanei la noii factori stresanți.

Pentru a evidenția caracterul stresant, generator de criză al procesului de divorț, Granvold (1994, 2000) propune examinarea stadiilor acestui proces: decizia de separare, separarea fizică și tranziția către statutul de persoană singură, și refacerea de după finalizarea divorțului.

Fiecare dintre aceste etape pune o serie de solicitări în fața subiectului și include un potențial generator de criză. Decizia de a divorța reprezintă o încununare a unor relații interpersonale tensionate caracterizate prin ambivalență, insatisfacție și ostilitate. Nu de puține ori, un eveniment izolat va conduce la decizia finală în legătură cu divorțul. Acesta poate fi un abuz fizic, un abuz de substanță, o problemă financiară sau una de natură sexuală, individul sau cuplul declanșând un set de reacții în plan emoțional, cognitiv și comportamental, reacții care nu sunt specifice și au un caracter profund dezadaptativ. De pildă, la aflarea veștii că soțul are o relație extraconjugală, una dintre pacientele noastre i-a aruncat toate lucrurile pe fereastră, comportament impulsiv care nu o caracteriza.

Etapa de separare și tranziție presupune o serie de negocieri și decizii cu caracter complex (la cine vor rămâne copiii, modalitatea de a-i vizita, pensia alimentară, partajul bunurilor) și de o mare încărcă-

tură în plan emoțional. Chiar și în cazul divorțurilor stabilite de comun acord, demersurile legale au un puternic caracter stresant. Separarea fizică și existența autonomă îi determină pe membrii cuplului să conștientizeze faptul că mariajul lor a luat sfârșit.

În etapa refacerii de după divorț, subiectul va trebui să se adapteze la situația de persoană singură și de părinte unic. Chiar în situația în care sentimentele reciproce de afecțiune au suferit un proces de eroziune, atașamentul față de obiectul dragostei poate să mai persiste încă (Weiss, 1975) și simpla vedere a fostului partener implicat într-o altă relație poate reprezenta o sursă majoră de stres.

Granvold (1989, 1994, 1996b, 2000) ne propune un model de terapie și consiliere psihologică în cazuri de divorț, model care include elemente de terapie cognitivă, comportamentală și constructivistă (Beck, 1976; Elis, 1962; Mahoney, 1988). Factorul unificator al acestor demersuri se referă la ideea conform căreia funcționarea în plan cognitiv joacă un rol central în condiția umană actuală, precum și în modificarea acesteia.

Interviul preliminar va avea ca obiectiv înțelegerea situației de criză așa cum o percepe subiectul, precum și evaluarea capacităților adaptative ale acestuia. Terapeutul va evidenția mai ales aspectele de natură emoțională specifice crizei, cum ar fi sentimentele de mânie, culpabilitate, teamă, tristețe, disperare, sentimente care îl împiedică pe client să perceapă în mod obiectiv situația cu toate consecințele acesteia pe termen scurt sau lung.

Terapeutul va evidenția o serie de distorsionări cognitive și false atribuiri care stau la baza unor comportamente disfuncționale specifice persoanei aflate în situație de criză. Acesta va trebui să abordeze la început clientul în mod empatic și suportiv, și abia după evidențierea reacțiilor emoționale se poate trece la identificarea distorsionărilor cognitive, la restructurarea stilului disfuncțional de gândire și la demersul de rezolvare de probleme.

În timpul intervenției în situație de criză, terapeutul va facilita exprimarea liberă a emoțiilor clientului și va conduce procesul de identificare a unui sens care să conducă la recâștigarea caracterului adaptativ al acestora.

În primele ședințe de psihoterapie cu persoane aflate în criză cauzată de situația de divorț, este deosebit de importantă evaluarea elementelor de risc care se referă mai ales la autostimă scăzută, lipsă de speranță, anxietate, teamă de necunoscut, singurătate, disperare și, în

unele cazuri, prezența unor boli cu transmitere sexuală. Combinația dintre factorii de vulnerabilitate și absența unor abilități de a face față situației mărește probabilitatea instalării depresiei, apariției abuzului de substanțe și suicidului (Granvold, 2000).

În cazuri mai rare apare și riscul comiterii unui homicid, terapeutul trebuind să investigheze ideile suicidare, precum și gândurile și acțiunile agresive împotriva partenerului. Terapeutul va trebui să culeagă și informații referitoare la capacitățile adaptative și forța interioară de care dispune clientul, pentru a construi demersul teapeutic pe baza acestor resurse.

Intervenția terapeutică specifică persoanelor aflate în situația de criză provocată de divorț

Persoanele aflate în divorț pot dezvolta comportamente agresive în plan verbal și comportamental la adresa fostului partener. Pentru astfel de cazuri, demersul în plan comportamental va avea ca obiectiv contractele terapeutice menite să evite conduitele agresive, precum și tehnici de autocontrol al impulsurilor.

Unii subiecți aflați în astfel de situații pun în acțiune comportamente de retragere sau evitare, concretizate în inactivitate sau abuz de substanțe. Aceste comportamente pot avea efecte pe termen scurt, dar sunt contraproductive pe termen lung. În cazul unor astfel de clienți, terapeutul va căuta să dezvolte relațiile sociale și să reactiveze activitățile orientate spre scop, precum și pe cele cu caracter recreațional.

Strategiile cognitive se bazează pe schemele cognitive care reprezintă structuri de bază prin intermediul cărora are loc procesarea informațiilor (Ingram și Kendall, 1986). Acestea au un caracter inflexibil și cuprind reguli, convingeri și supoziții în raport cu care subiectul interpretează datele realității.

Structurile cognitive profunde sau schemele cognitive de bază operează la nivel inconștient, guvernează procesarea informațiilor în plan conștient și sunt dificil de accesat și modificat. Rezistența acestora la schimbare ține de integritatea structurilor ego-ului. Activarea schemelor cognitive ce țin de imaginea de sine se realizează sub influența unor solicitări interne și externe (Clark, Beck și Alford, 1999). Schemele cognitive dezadaptative referitoare la diversele aspecte ale ego-ului pot rămâne în stare latentă, ele devenind active într-o situație de criză. Astfel, convingerea „nu merit să fiu iubită decât dacă

rămân căsătorită" poate deveni activă sub influența crizei produse de divorț.

Mecanismele cognitive implică etichetări, atenție selectivă, raționament, luarea unor decizii, precum și controlul impulsurilor. Aceste modalități de procesare capătă un aspect dezadaptativ în condiții de stres puternic (Beck, 1993).

În consecință, individul devine extrem de vulnerabil la distorsionări cognitive, hipervigilent și hipersensibil la stimuli amenințători, fiind predispus la reacții emoționale exagerate și la comportamente de tip disfuncțional. De pildă, o femeie aflată în divorț, care trăiește o puternică teamă de respingere, va interpreta încercările soțului de a obține custodia asupra copilului ca pe un act agresiv îndreptat împotriva ei. Aceasta va reacționa negativ la vizitele pe care tribunalul le-a permis soțului pentru weekend, va deveni depresivă și anxioasă din acest motiv și nu se va bucura de prezența copilului în timpul săptămânii, gândindu-se permanent la faptul că acesta va trebui să-și petreacă viitorul sfârșit de săptămână în compania tatălui. Mai mult, clienta își va stresa restul familiei și prietenii comentând în mod repetitiv hotărârea judecătorească interpretată ca un aranjament menit să o nedreptățească.

Rezultatele procesării în plan cognitiv sunt gândurile negative automate, convingerile, atribuirile, expectațiile, standardele, deciziile, imaginile, emoțiile și comportamentele aferente. Aceste evaluări în plan intern sunt marcate de subiectivism și distorsionări cognitive. Gândurile negative automate reprezintă punctul-cheie al intervenției terapeutice în plan cognitiv. Prezentăm în cele ce urmează câteva exemple de astfel de gânduri și convingeri negative automate:

„Atunci când te căsătorești, trebuie să rămâi căsătorită"; „dacă divorțez, nu sunt bună de nimic"; „trebuie să rămânem căsătoriți de dragul copiilor"; „nu pot fi o mamă bună dacă sunt divorțată"; „nu pot suporta viața fără dragostea soțului meu"; „oamenii nu mă vor mai respecta dacă sunt divorțată"; „niciodată nu voi putea să mai iubesc pe cineva" etc.

Intervenția cognitivă îl va ajuta pe client să conștientizeze aceste gânduri negative automate, să verifice gradul lor de veridicitate și să le înlocuiască cu unele alternative, mai realiste.

Una dintre clientele noastre s-a prezentat la psihoterapie pentru depresie și anxietate, tulburări care au devenit mai accentuate după pronunțarea sentinței de divorț.

Deși clienta se simțise nefericită în ultimii cinci ani de căsătorie, ea nu a inițiat procedura de divorț deoarece nutrea convingerea că a rămâne căsătorită reprezintă o obligație morală pentru ea. Gândul negativ central al clientei era: „Sunt o ratată pentru că am divorțat".

În cadrul intervenției terapeutice prezentate mai jos, ne-am propus să o ajutăm să se convingă de lipsa de realism a convingerilor legate de consecințele catastrofale ale divorțului și să realizeze faptul că situația actuală poate fi privită și într-o altă perspectivă.

Terapeutul: Ce îți trecea prin minte când sentința de divorț a fost pronunțată?

Clienta: Faptul că sunt o ratată!

T: Și care sunt pentru tine consecințele faptului că te consideri o ratată?

C: Nu mă simt prea bine în pielea mea. Mă simt tristă, deprimată... nu vreau să mai văd pe nimeni.

T: Dacă am înțeles bine, gândul „mă simt o ratată pentru că am divorțat" te face să te simți deprimată și să nu mai dorești să vezi pe nimeni.

C: Da, asta simt.

T: Îți convin aceste stări: depresie, dorință de retragere?

C: Nu, deloc, dar nu văd cum aș putea să mă schimb în curând.

T: În cazul în care aceste consecințe nu-ți sunt pe plac, ce ar fi să reexaminăm situația ta și să vedem dacă nu o putem privi și într-o altă lumină. Gândește-te din nou la faptul că divorțul s-a pronunțat. Ce alte gânduri îți vin în minte în afara celui „mă simt o ratată"?

C: Cred că simt și un fel de sentiment de ușurare pentru că în ultimii ani lucrurile au mers tot mai prost.

T: Așadar, ai identificat și gândul „simt un sentiment de ușurare". Ce alte gânduri îți mai trec prin minte?

C: Dacă stau bine să mă gândesc, m-am căsătorit la 19 ani și nu am trăit deloc viața de adult independent. Poate că situația actuală mă va ajuta să mă cunosc mai bine. O să și scap de criticile lui Doru. După părerea lui, eu nu făceam niciodată nimic bine.

T: Să examinăm aceste gânduri: „mă simt o ratată", „voi avea posibilitatea să mă cunosc mai bine ca persoană adultă independentă", „voi scăpa de criticile lui Doru". Am omis ceva sau am înțeles ceva în mod greșit?

C: Nu, acestea sunt gândurile care îmi trec prin minte!

T: Cred că realizezi faptul că există mai multe modalități de a interpreta situația de divorț. Mai devreme te-am rugat să-mi spui care sunt pentru tine consecințele gândului „mă simt o ratată". Să examinăm în continuare gândul „voi scăpa de criticile lui Doru"; ce stări afective încerci în legătură cu acesta?

C: Simt o stare de eliberare. Nu că m-aș simți prea bine, dar nu mă mai simt la fel de lipsită de valoare ca atunci când el țipa mereu la mine.

T: Cu alte cuvinte, în loc să te simți o ratată te simți eliberată și nu mai ai o părere proastă despre tine.

C: Exact.

T: Concentrându-te asupra gândului „voi scăpa de criticile lui Doru" mai ai tendința de a te izola de alți oameni?
C: Nu, dimpotrivă. Deși nu mă simt în stare să mă întâlnesc cu un bărbat, am câteva prietene cu care aș sta de vorbă cu plăcere.

Această intervenție terapeutică se referă la următoarele aspecte (Granvold, 2000, p. 377):

- expunere a subiectului la gândul negativ automat „mă simt o ratată";
- evidențierea și analizarea consecințelor acestui gând în plan afectiv și comportamental;
- evaluarea unor gânduri alternative în vederea testării gradului de veridicitate a gândului negativ inițial;
- selectarea unui gând alternativ pentru a demonstra avantajele acestuia;
- evidențierea și analizarea consecințelor noului gând alternativ (în plan emoțional și comportamental).

Strategiile de natură constructivistă

Abordarea constructivistă a situației de criză pune un accent deosebit pe conceptualizarea acesteia, ea reprezentând o perturbare a sistemului ego-ului. Aceste stări de dezechilibru extrem, deși dezagreabile, pot conduce la modificări adaptative însemnate în evoluția pe termen mai lung a subiectului. Astfel, criza reprezentată de divorț poate fi abordată și ca o nouă oportunitate de obținere a unor modificări constructive cu conținut pozitiv, cum ar fi o mai bună autocunoaștere, precum și dezvoltarea unor disponibilități creative capabile să modifice în bine cursul vieții clientului.

Strategia terapeutică va fi orientată în direcția descoperirii unei noi semnificații a situației de criză care poate conduce la o restructurare benefică a sistemului constructelor personale ale subiectului. Stările afective nu vor fi considerate negative, ci ca potențiale surse de informare și evoluție în planul autocunoașterii, al relațiilor interpersonale și al imaginii de sine.

În mod concret, terapeutul va urmări următoarele obiective (Granvold, 2000, p. 378):

– conceptualizarea divorțului ca reprezentând o perturbare a sistemului reprezentat de egoul subiectului;

– accesarea schemei cognitive de bază activată de procesul de divorț și modificarea constructelor care o compun;

– evidențierea relațiilor de atașament primar și a modului în care acestea conduc la structurarea imaginii de sine și a concepției despre lume (inclusiv relația cu fostul partener);

– promovarea unui concept referitor la ego ca reprezentând un sistem complex, în continuă schimbare și în căutare de noi sensuri și nu ca o structură rigidă și inflexibilă;

– dezvoltarea expresivității clientului prin intermediul tehnicilor descoperirii și imaginației dirijate, al dialogului imaginar (tehnica „scaunului gol"), precum și al ritualurilor terapeutice;

– utilizarea unor jurnale ca instrumente ale schimbării;

– accentuarea punctelor tari ale clientului, a resurselor în plan social și personal, a creativității și a abilităților de a face față existenței;

– colaborarea dintre client și terapeut pentru identificarea și punerea în aplicare a unor strategii și tehnici menite să promoveze schimbarea (relaxare, desensibilizare, modelare, antrenament mental, joc de rol etc.).

Studiu de caz

Călin s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie la scurt timp după ce soția sa Denisa l-a anunțat că intenționează să divorțeze. Călin și Denisa au fost colegi de facultate la ASE, s-au căsătorit în anul II și au rămas împreună 11 ani. Soții aveau două fetițe de 5 și 7 ani.

Călin a relatat faptul că se simte extrem de deprimat, nu se poate concentra, prezintă tulburări de somn (insomnii, coșmaruri), inapetență și idei cu conținut suicidar. (Interviul clinic a evidențiat faptul că riscul suicidar nu era serios: subiectul nu a elaborat planuri de a-și lua viața și nu se gândea în mod real să-și facă rău.) Călin se gândea în permanență la faptul că Denisa nu făcea niciun efort pentru a salva căsnicia, nu putea crede că ea nu îl mai iubea și se simțea speriat gândindu-se la viitor. În următoarele luni clientul a realizat faptul că divorțul reprezenta o realitate, acesta trăind sentimente puternice de pierdere legate de soție și de calitatea de părinte.

Intervenția terapeutică s-a axat pe următoarele direcții:

– Identificarea și înlocuirea gândurilor negative și a convingerilor disfuncționale legate de pierdere;

– Întărirea egoului și rezolvare de probleme.

Dacă la început Călin a acceptat pasiv hotărârea judecătorească privind accesul limitat la copii (două weekenduri pe lună), treptat, în urma practicării antrenamen-

tului mental în stare de hipnoză, el a devenit mai asertiv și a fost capabil să negocieze cu Denisa un program comun de educare a copiilor.
A fost facilitată exprimarea liberă, în timpul ședințelor de psihoterapie, a sentimentelor de ostilitate, mânie și disperare, acestea fiind treptat înlocuite cu unele mai acceptabile, fapt ce a înlesnit negocierile cu soția și acceptarea unei custodii comune asupra copiilor.
A fost procesată terapeutic și convingerea negativă a lui Călin legată de faptul că nu ar fi trebuit niciodată să se căsătorească cu Denisa. Terapeutul l-a ghidat să-și privească fosta relație într-o lumină nouă, să se bucure de cei doi copii și să învețe ceva din respectiva experiență pentru a nu repeta în viitoarele relații același tip de greșeli (Denisa i-a reproșat că nu comunică suficient, nu participă la treburile gospodărești și se comportă rece, aparent lipsit de afecțiune).
Prin intermediul tehnicii notării în jurnal, Călin a reușit să identifice anumiți factori care au acționat în cadrul familiei sale de origine și care au contribuit la structurarea unor scheme cognitive disfuncționale de bază.
Clientul a fost, de asemenea, dirijat să practice independent o tehnică de relaxare cu antrenament mental centrat pe o imagine de sine pozitivă, au fost încurajate contactele cu vechi prieteni și practicarea unor exerciții fizice. Identificând unele interese legate de autoperfecționarea profesională, terapeutul l-a încurajat pe client să se înscrie la doctorat. La facultate acesta a cunoscut o colegă care își pregătea la rândul ei doctoratul și a început să se întâlnească cu ea. Relațiile sale cu fosta soție au evoluat într-o direcție pozitivă, între cei doi neînregistrându-se conflicte referitoare la educația copiilor.
Deși Călin a mai păstrat încă unele nostalgii referitoare la destrămarea familiei, el a devenit mai optimist cu privire la viitor și la capacitățile sale de a face față existenței în bune condiții.

Terapia și consilierea psihologică în cazul crizelor generate de tulburările sexuale

Bancroft (1999) subliniază faptul că în ultimii 30 de ani psihoterapia tulburărilor sexuale a fost dominată de studiile lui Masters și Johnson (1970). Primele descrieri ale metodelor terapeutice au avut un caracter eclectic, fără a se baza pe un model teoretic unitar. Din acest motiv metodele și tehnicile recomandate aveau un caracter predominant comportamentalist, membrii cuplului fiind instruiți să urmeze îndeaproape anumiți pași care presupuneau sarcini concrete de rezolvat.

Terapeuții interesați de problemele sexuale au ajuns la concluzia că, deși programele propuse de Masters și Johnson (1970) s-au dovedit în mare măsură utile, din cadrul lor lipseau anumite metode menite să-i ajute pe membrii cuplului să depășească unele blocaje care împiedicau realizarea comportamentelor prescrise.

Faptul că terapiile sexuale aveau o bază empirică a atras specialiști de diverse orientări teoretice care au încercat să umple golul existent. Astfel, Kaplan (1974), deși a recunoscut meritele programelor propuse de Masters și Johnson, le-a adăugat modele explicative fundamentate psihanalitic. Bancroft (1989), la rândul său, a inclus anumite strategii de orientare cognitivă inspirate din tehnicile de rezolvare a conflictelor. Hawton (1989) propune o abordare cognitiv-comportamentală a tulburărilor sexuale, insistând asupra necesității combinării unor strategii cognitive cu programe de tip comportamental.

Același autor împreună cu colaboratorii săi Lang și Rachman (Hawton et al., 1989) au ajuns în cele din urmă la concluzia că în domeniul terapiilor sexuale problemele psihologice trebuie conceptualizate în termenii a trei sisteme aflate în interacțiune: comportamental, cognitiv și fiziologic.

Deși inițial foarte optimiști, terapeuții interesați de problematica tulburărilor sexuale au ajuns la concluzia că prognosticul acestor afecțiuni este foarte diferit de la un individ la altul, rezultatele tratamentului pe termen lung fiind dificil de evaluat. Bancroft (1999) consideră că mecanismele psihofiziologice care contribuie la activarea sau inhibarea comportamentelor sexuale sunt încă insuficient elucidate. Un element care trebuie avut în vedere în abordarea acestei problematici ține și de aspectele legate de anxietatea și depresia care însoțesc frecvent aceste tulburări.

Abordarea terapeutică cognitiv-comportamentală a disfuncțiilor sexuale

Elementul esențial al acestei abordări constă în aceea că ambilor parteneri li se cere să ducă la îndeplinire o serie de comportamente specifice, sub forma unor teme pentru acasă.

Acestea presupun inițial o serie de atingeri corporale reciproce, la început nongenitale și care merg progresiv către atingeri ale organelor genitale și chiar contacte sexuale, pe măsură ce obstacolele ce stau în calea îndeplinirii acestor sarcini sunt depășite. Sarcinile în plan comportamental presupun programe cu caracter gradat care în unele

cazuri sunt suficiente pentru a crea cuplului interacțiuni erotice agreabile, conducând la desensibilizare și reducerea anxietății legate de performanța sexuală, drept rezultat al permisiunii pe care o dă terapeutul partenerilor să exploreze comportamente alternative. Aceste programe conduc, de asemenea, la identificarea blocajelor de natură intrapsihică și interpersonală, blocaje ce împiedică realizarea unor contacte sexuale normale. Odată dezvăluite, aceste blocaje pot fi depășite în urma unor demersuri terapeutice eficiente.

Demersul terapeutic include următoarele strategii:

1. Ameliorarea comunicării și înțelegerii mutuale între membrii cuplului

Negocierea unor programe comportamentale în cadrul cărora fiecare partener caută metode pentru a produce satisfacție celuilalt și în același timp afirmă clar care sunt comportamentele celuilalt pe care le consideră dezagreabile sau amenințătoare contribuie substanțial la dezvoltarea înțelegerii mutuale.

2. Învățarea unor noi metode de management al conflictelor

Terapeutul va sprijini cuplul să identifice modelele dezadaptative de comportament și să gestioneze rezolvarea conflictelor care se manifestă în cursul relației. Membrii cuplului își vor însuși modele alternative și adaptative de management al conflictelor. Deosebit de importantă este favorizarea demersului terapeutic asupra modalităților în care fiecare membru al cuplului gestionează mânia sau alte stări cu conținut afectiv. Strategiile propriu-zise conțin o combinație de tehnici educaționale și comportamentale în cadrul cărora feedbackurile din partea terapeutului joacă un rol esențial. Aceste strategii s-au dovedit utile nu numai în domeniul tulburărilor sexuale, ci și în terapia maritală în general.

3. Restructurarea cognitivă a semnificațiilor comportamentului sexual

Un aspect important al terapiei sexuale, mai ales atunci când programele comportamentale ajung în sfera atingerilor genitale, îl reprezintă evaluările și reevaluările semnificației fiecărui gest sau răspuns sexual. În unele cazuri, semnificația negativă a anumitor comportamente sexuale este achiziționată încă din copilărie și continuă să blocheze relațiile sexuale la vârsta adultă.

Prin modificarea acestor semnificații, impactul emoțional al comportamentelor respective se modifică și ele încetează să mai exercite o influență negativă asupra interacțiunilor realizate la vârsta adultă. Astfel, în urma dezaprobării parentale din copilărie, o femeie poate dezvolta convingerea că orice stimulare genitală directă este inacceptabilă și astfel îi produce sentimente de culpabilitate.

De asemenea, o altă femeie care a suferit un abuz sexual în copilărie poate dezvolta sentimente de culpabilitate la trăirea oricăror experiențe sexuale agreabile, fapt ce va conduce la inhibarea activării sexuale. Odată cu reevaluarea și reatribuirea unei noi semnificații comportamentelor sexuale, subiectul va reuși să privească interacțiunile cu partenerul într-o manieră matură specifică vârstei adulte, fără încărcătură emoțională negativă.

4. Modificarea directă a răspunsurilor sexuale

Aceasta se realizează pe baza principiilor învățării și se adresează direct fiecărui tip specific de tulburare sexuală.

Natura disfuncțiilor sexuale

O definiție corectă a disfuncțiilor sexuale o reprezintă perturbarea persistentă a modelelor sexuale de interes și răspuns. Disfuncțiile sexuale se delimitează de deviațiile sexuale, care reprezintă comportamente ce se deosebesc sub aspect calitativ de cele sexuale normale și sunt nocive pentru alți oameni. Această definiție nu e pe deplin satisfăcătoare pentru că, pe de o parte, este dificil de circumscris comportamentul sexual normal, iar pe de altă parte faptul că un comportament sexual este calificat drept disfuncțional depinde de mai mulți factori; dacă partenerul consideră că este o problemă, iar aceste expectații pot fi influențate de opinia prietenilor, mass-media sau opinia unor medici (Hawton, 1989).

Nu a fost elaborată până acum o clasificare satisfăcătoare a disfuncțiilor sexuale. În general se acceptă drept criterii interesul sexual, activarea sexuală, orgasmul și gradul de satisfacție generală. Alți factori care trebuie luați în considerare sunt perioada de debut și gradul de extensiune al tulburării. Termenii tulburare primară și secundară se referă la faptul dacă tulburarea a fost prezentă de la începerea activității sexuale sau a debutat după o perioadă de funcționare sexuală satisfăcătoare. Termenii total și situațional se referă la faptul că tulburarea sexuală este prezentă în toate situațiile sau doar în unele

din acestea (sex adecvat cu partenerul obișnuit, dar nu și cu alt partener, activitate sexuală prin intermediul masturbării etc.). În cadrul fiecărei tulburări sexuale există nenumărate variații; astfel, în cazul tulburării de erecție, există bărbați care realizează erecția cu partenera, dar o pierd în timpul actului sexual, bărbați care obțin doar o erecție parțială, bărbați care obțin erecția doar când sunt singuri (în timpul masturbării) și bărbați care nu au erecție în niciun fel de situație.

Lipsa satisfacției sexuale reprezintă o problemă importantă pentru care indivizii sau cuplurile solicită psihoterapia (fără să existe de fapt disfuncții sexuale). Mulți dintre acești subiecți nu se referă la vreo disfuncție anume, ci la absența satisfacției sexuale. La această situație își pot aduce contribuția factori variați, cum ar fi:

- dificultăți relaționale;
- partenerii nu se mai consideră atrăgători unul pe celălalt;
- plictiseala și monotonia.

Uneori această problemă poate fi secundară lipsei de interes sexual (Bancroft, 1983). În afara disfuncților sexuale sau a lipsei de satisfacție sexuală, pacienții se pot adresa specialiștilor și pentru alte probleme, cum ar fi, de pildă: depresie, insomnie, probleme ginecologice sau lipsa fertilității.

Cauzele tulburărilor sexuale se referă la:

- Cauze fiziologice: boală, operații, diverse tratamente (Bancroft, 1983; Hawton, 1985, 1987).
  Chiar și în aceste cazuri factorul psihologic accentuează tulburarea, iar terapia cognitiv-comportamentală este indicată.
- Factori predispozanți (lipsa de încredere în sine; pubertate întârziată).
- Factori precipitatori (eșec sexual sub influența alcoolului).
- Factori care mențin tulburarea (anxietatea anticipatorie la fiecare tentativă de act sexual).

Multe dintre aceste femei au idei greșite cu privire la sexualitate. Altfel, ele sunt normale sub aspectul responsivității sexuale (Duddle, 1977).

Disfuncțiile sexuale la femei

1. Scăderea interesului sexual — libido scăzut:

- variază considerabil de la o femeie la alta;
- se reflectă în frecvența actelor sexuale cu partenerul, gânduri cu conținut sexual, masturbare;

- se asociază frecvent cu dificultăți relaționale și depresie (Hawton și Catalan, 1986; Weissman și Paykel, 1974).

2. Activare sexuală scăzută: reducerea răspunsurilor fiziologice normale (exemplu: lubrifierea vaginului) la stimulare sexuală și lipsa senzațiilor asociate cu excitația sexuală:

- este firească la menopauză și după naștere.

3. Deficiență de orgasm: absență sau orgasm foarte rar. Terapeutul trebuie să diferențieze acele femei care nu obțin orgasm cu partenerul, dar îl obțin prin masturbare, de cele care nu s-au masturbat niciodată. Deficiența orgasmică secundară se asociază de obicei cu dificultăți relaționale.

4. Vaginism: act sexual imposibil sau extrem de dureros din cauza unui spasm vaginal care împiedică penetrarea. Poate apărea după un traumatism al vaginului sau în urma unei infecții.

5. Dispareunia — act sexual dureros. Durerea poate fi superficială, medie (din cauza lipsei excitației, infecțiilor vaginale, unor chisturi) sau profundă (infecție pelviană, endometrita sau lipsa activării sexuale). În aceste cazuri se indică un control ginecologic.

Disfuncțiile sexuale la bărbați

1. Interes sexual scăzut: poate fi consecința unei tulburări de erecție, a dificultăților relaționale sau a depresiei. Trebuie exclusă cauza organică (hipogonadism).

2. Tulburarea de erecție:

- este cea mai răspândită tulburare pentru care se solicită psihoterapia;
- are forme diverse;
- mecanismul erecției este influențat de o varietate de factori psihologici (anxietate, distragere, expectația performanței) și fiziologici (diabet, probleme circulatorii, leziuni ale coloanei vertebrale, medicație antihipertensivă).

3. Ejaculare precoce:

- este dificil de definit, de regulă este bine să se solicite și opinia partenerei, pentru că unii oameni au expectații nerealiste;
- de regulă reprezintă o tulburare primară;
- masturbarea rapidă poate fi un factor predispozant;
- frecventă la tineri la începutul vieții sexuale;
- frecventă în stări de stres;
- numai în cazul în care este persistentă este considerată simptom.

4. Ejaculare întârziată sau absentă:
- este o tulburare relativ rară, care afectează atât ejacularea, cât și orgasmul;
- trebuie distinsă de tulburarea datorată unor cauze fiziologice (prostatectomie) sau medicație (tioridazin), când subiectul are orgasm, dar nu ejaculează.

Ejacularea se poate obține în timpul masturbării, dar nu și cu o parteneră, numai în somn sau deloc (în acest din urmă caz se suspectează o cauză fizică). Când ejacularea este întârziată, stimularea sexuală trebuie să fie prelungită un timp neobișnuit de lung până ca aceasta să apară.

5. Ejaculare dureroasă și dispareunie: senzație de durere sau arsură după ejaculare, de regulă este rezultatul unei infecții (uretrită, prostatită etc.).

Dispareunia este un act sexual dureros, de regulă din cauze organice.

Factorii psihologici care pot contribui la disfuncțiile sexuale (după Hawton, 1989)

Factori predispozanți:
- educație restrictivă: atitudinea părinților e distorsionată sau provoacă inhibiția sexuală;
- relațiile familiale perturbate, lipsa afecțiunii;
- experiențe sexuale timpurii cu caracter psihotraumatizant: viol, incest;
- lipsa educației sexuale.

Factori precipitatori:
- relații perturbatoare cu partenerul;
- nașterea unui copil (aici, dificultățile sexuale pot să apară și din cauza unor factori fiziologici sau a depresiei);
- infidelitatea;
- disfuncții ale partenerului;
- eșecuri repetate;
- depresie;
- anxietate;
- experiențe sexuale traumatizante;
- vârsta;

- reacția psihologică la unii factori organici.

Factori care mențin tulburarea:
- anxietatea de performanță;
- teama de eșec (de pierdere a erecției);
- solicitările partenerului;
- comunicare insuficientă între parteneri;
- culpabilitate (eventual legată de o relație extraconjugală);
- lipsa atracției față de partener;
- relații conflictuale;
- teama de intimitate emoțională;
- informații sexuale insuficiente despre modul cum se realizează stimularea partenerului;
- joc erotic preliminar insuficient (astfel încât partenera nu e excitată);
- depresie;
- anxietate.

Așa cum am mai subliniat, experții sexologi estimează faptul că mai mult de jumătate din cuplurile din Europa de Vest și Statele Unite au diverse dificultăți legate de viața sexuală, iar majoritatea acestor dificultăți au drept cauză anxietatea. Fensternheim și Jean Baer (1977) se referă la următoarele aspecte ce pot constitui semnale de alarmă în legătură cu existența unor probleme sexuale:

- Evitarea deliberată a relațiilor sexuale. Aceasta nu se referă la faptul că o persoană poate să nu fie la un moment dat într-o dispoziție potrivită pentru a întreține relații sexuale, ci la evitarea sistematică a acestora, evitare care devine o obișnuință.
  Observați-vă propriul comportament și verificați dacă nu cumva inhibați orice manifestare de afecțiune care ar putea conduce la relații sexuale.
- Evitarea relațiilor sexuale fără ca subiectul să fie conștient de acest lucru. Subiecții invocă tot felul de motive pentru a evita sexul; oboseală, indispoziție, faptul că au prea mult de lucru etc.
- Transformarea relației sexuale într-o rutină zilnică.
- Subiectul este îngrijorat în legătura cu diverse aspecte legate de viața sa sexuală: se teme că are fantezii prea bogate sau, dimpotrivă, că nu are fantezii, că are dorințe inacceptabile etc.
- Existența unei disfuncții sau a unei perversiuni sexuale.

Trebuie subliniat faptul că în Europa și America activitatea sexuală are puternice conotații emoționale și din acest motiv, fricile și anxietatea pot să conducă la blocarea acesteia, generând insatisfacții și inhibiții. Înainte de a trece la un program de psihoterapie care să conducă la reducerea anxietății legate de domeniul vieții sexuale, persoanele care au astfel de probleme trebuie să cunoască următoarele aspecte:

1. Deoarece activitatea sexuală este în primul rând o activitate fizică, orice disconfort fizic afectează această activitate. Din acest motiv, nu trebuie să ne grăbim să punem orice disfuncție sexuală pe seama unor factori de natură psihologică. Astfel, durerile din timpul actului sexual pot avea drept cauză o leziune a colului uterin, iar o tulburare de erecție poate fi consecința unei tulburări endocrine. Din acest motiv, înainte de a începe psihoterapia, este indicat un control medical de specialitate.

2. Activitatea sexuală a omului este condusă în primul rând de creier și apoi de glandele endocrine. Aceasta înseamnă că toate experiențele anterioare, precum și toate gândurile și atitudinile prezente sau trecute influențează activitatea sexuală prezentă.

3. Noțiunea de partener neimplicat este mult exagerată. Fricile, anxietățile, afecțiunea, tandrețea, dragostea pe care cineva le manifestă interacționează cu cele ale partenerului, amplificându-se. Astfel, dacă unul din membrii cuplului are probleme, acestea îl vor afecta și pe celălalt.

4. Într-o relație de dragoste, obiectivul activității sexuale trebuie să fie o comunicare plenară atât pe plan fizic, cât și psihic care să conducă la contopirea celor doi parteneri într-o singură ființă. Se ajunge la împlinirea sexuală prin intermediul sentimentului de dragoste și invers, la împlinirea dragostei prin intermediul sexului.

5. Așa cum este posibil să ne eliberăm și de alte frici, fobii și anxietăți, putem să ne eliberăm și de cele al căror conținut se referă la domeniul vieții sexuale.

Temerile care influențează viața sexuală (Fensternheim și Jean Baer, 1977)

Autorii sunt de părere că orice fel de teamă poate influența viața sexuală, dar că există, în principal, trei categorii mai importante care afectează acest domeniu al existenței:

1. Temeri externe sau tangențiale

Acestea își au originea în viața cotidiană și în experiențele anterioare ale subiectului care nu au o legătură directă cu viața sexuală sau cu relația de cuplu. Astfel, un individ poate suferi de fobie de întuneric și din acest motiv nu poate face dragoste decât cu lumina aprinsă, ceea ce poate să-l deranjeze pe partenerul său. O femeie tânără putea fi foarte ușor activată sexual, dar ea nu ajungea niciodată la orgasm. O anamneză amănunțită a evidențiat faptul că pacienta suferise în copilărie de astm bronșic și orice modificare a ritmului ei respirator o înspăimânta.

2. Temeri legate de relația interpersonală

În această categorie putem include teama de respingere, de a nu fi înțeles de partener, de a fi utilizat de acesta, sau teama de a da frâu liber sentimentelor („dacă îi arăt ce simt cu adevărat, el va profita de mine").

Viața sexuală poate fi influențată negativ și de conflictele și resentimentele existente în cadrul cuplului. Uneori certurile și conflictele contribuie la îmbunătățirea calității vieții sexuale, alteori dimpotrivă, o blochează („cum pot face dragoste cu el dacă m-a supărat atât de tare?").

Prezentare de caz

Mihai și Elvira, doi soți în jurul vârstei de 25 de ani, s-au prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru următoarea problemă de cuplu: ei se certau violent, după care întrețineau relații sexuale excelente. În situația în care aveau contacte sexuale într-o perioadă de liniște, totul le părea monoton și lipsit de viață. Adesea, Elvira îl provoca pe Mihai în mod deliberat pentru a se ajunge la relațiile sexuale realizate cu intensitate maximă. Totul a mers relativ bine până în momentul în care Mihai a început să-și piardă controlul și să-și lovească soția cu sălbăticie.

Anamneza a evidențiat faptul că Mihai se temea teribil să-și exprime sentimentele de tandrețe pentru că în copilărie părinții îl manipulau purtându-se drăguț cu el și obligându-l să facă lucruri pe care nu dorea să le facă. Ca rezultat, el a devenit neîncrezător în sentimentele de tandrețe proprii sau în ale celorlalți. Astfel, deși o iubea sincer pe Elvira, el își reprima sentimentele pozitive și le exprima doar pe cele negative, comportându-se spontan doar atunci când era furios.

În acest caz, terapia a avut ca obiective să corecteze gândurile iraționale ale subiectului în legătură cu exprimarea sentimentelor de tandrețe, precum și trasarea unor sarcini în sfera comportamentală, sarcini prin intermediul cărora subiectul să

adreseze în mod deliberat remarci tandre soției. De îndată ce teama de exprimare a trăirilor afective pozitive a scăzut, cei doi soți nu au mai avut nevoie de conflicte pentru a avea relații sexuale normale.

Frecvent se manifestă la persoanele cu probleme și teama de a nu-și decepționa partenerul, teamă ce îmbracă forma unei presiuni continue pe care individul o simte din partea partenerului său. Acesta este atât de concentrat pentru a detecta diverse semne de dezamăgire pe care le-ar putea manifesta celălalt, încât nu se mai poate bucura de relația intimă.

3. Temeri specifice legate de sfera vieții sexuale

Teama de a nu funcționa adecvat în plan sexual sau așa-numita anxietate de performanță. În astfel de cazuri, subiectul deplasează accentul pe modul în care funcționează și nu pe plăcerea proprie și pe cea a partenerului sau pe comunicarea interpersonală. Frecvent, subiecții cu astfel de probleme se tem de faptul că nu vor avea erecție, că o vor pierde pe parcurs sau că nu vor atinge orgasmul. Acest tip de temeri conduce la alte temeri cu caracter secundar, cum ar fi de pildă:

- teama că partenerul va fi nesatisfăcut. Dacă acesta își va da seama de dificultatea subiectului, îl va prețui mai puțin, fapt ce îi determină să interpreteze orice comentariu, oricât de nevinovat, ca un semn de dispreț. În astfel de situații, bărbații, dar mai ales femeile, încearcă să-și mascheze dificultățile mimând orgasmul;
- teama de a nu fi umilit în public apare mai ales la bărbați, care sunt terorizați de ideea că și ceilalți ar putea afla problema lor și ar putea să-și bată joc de ei;
- teama de dificultățile sexuale ale partenerului; subiectul cu astfel de probleme consideră că dacă partenerul suferă de vreo disfuncție sexuală înseamnă că ceva este în neregulă cu el („dacă aș fi fost un bărbat adevărat, ea ar fi avut orgasm sau dacă aș fi fost o femeie adevărată, el nu ar fi avut probleme").

Aceste temeri produc frustrări și comportamente de evitare, fapt ce amplifică anxietatea de inadecvare a celuilalt. Astfel, subiectul fie că aruncă întreaga vină asupra celuilalt, fie își asumă întreaga responsabilitate a eșecului, ambele comportamente fiind disfuncționale.

Prezentare de caz

Matei, un inginer în vârstă de 36 de ani, a prezentat tulburări de dinamică sexuală în timpul primei căsătorii. El a urmat tratament psihoterapeutic, după care impotența s-a rezolvat. Din cauza altor probleme legate de relațiile interpersonale, el s-a decis totuși să divorțeze. După divorț, Matei a avut relații sexuale normale. Când s-a căsătorit a doua oară, soția sa, la care ținea foarte mult, nu putea ajunge la orgasm în timpul actului sexual obișnuit, ea putând obține această stare doar prin stimulare clitoridiană. Deși soția i-a spus că nu este vina lui și că ea a funcționat totdeauna așa, afirmând că relațiile sexuale îi dau satisfacție, Matei a început să-și facă tot mai multe probleme până când i s-a reinstalat impotența.

Uneori, chiar anticiparea faptului că partenerul ar putea avea probleme alterează relația intimă. Astfel, o studentă a afirmat că ea și-a pierdut interesul pentru sex pentru că a început să se teamă de faptul că prietenul ei nu va avea erecție, o va învinovăți pe ea și în cele din urmă o va părăsi. Înainte de a-i veni această idee, totul între ei mergea bine. Ea nu a discutat niciodată problema în mod deschis cu băiatul, în schimb i-a transmis starea ei de nervozitate care l-a făcut, în cele din urmă, să devină impotent.

- teama că subiectul este anormal sub aspect sexual, ceea ce implică următoarele componente:
- teama că subiectul nu se încadrează într-o normă statistică, fără a ține seama de faptul că, la fel ca și în alte sfere ale vieții psihice și somatice, există mari diferențe interindividuale; de regulă aceste probleme apar datorită unei insuficiente educații sexuale științifice, subiectul având informații fragmentare, din lecturi facile sau filme, sau din povestirile fanteziste ale unor prieteni, care își exagerează mult performanțele în acest domeniu. Astfel, foarte mulți bărbați tineri își fac probleme în legătură cu lungimea penisului.
- teama de perversiuni sexuale; unii subiecți obțin satisfacții de pe urma unor activități sexuale speciale, după care încep să se teamă dacă nu cumva sunt perverși. De regulă sexologii contemporani sunt de părere că putem considera ca fiind activități sexuale normale toate acele comportamente liber consimțite și care au loc între adulți de sexe diferite chiar dacă acestea pot să iasă din standardele general admise de publicul larg.

- teama de a nu fi inhibat în plan sexual este cauzată de faptul că multe persoane, mai ales în societatea occidentală, își aleg drept modele de comportament sexual filmele sau revistele pornografice. Aceasta înseamnă nu numai că se poate face orice între doi adulți de sexe opuse, dar aceștia chiar se simt obligați să facă tot ce au văzut și chiar să obțină satisfacții, ceea ce nu este totdeauna valabil pentru toată lumea.

Alte temeri din domeniul vieții sexuale

Specialiștii susțin că pot exista multe astfel de temeri cum ar fi: teama de sarcină, de pierdere a potenței („nu mai sunt bărbatul de altădată"), de îmbătrânire („el nu mă va mai dori; eu am 40 de ani și el 42 și oricând își poate găsi o femeie de 20 de ani"), teama de traumatism fizic (poate apărea mai ales la femeile care au fost agresate sexual) etc.

Toate aceste temeri conduc la obiective exagerate sau artificiale, care alterează calitatea vieții sexuale, ca de pildă: să fii un expert în domeniul sexului, să menții o relație neechilibrată (urmărind doar satisfacția proprie sau doar pe cea a partenerului), să ai drept scop unic atingerea orgasmului sau să menții un comportament stereotip cu teama de a încerca și bucurii noi.

Majoritatea persoanelor care prezintă astfel de probleme uită de obiectivul autentic al vieții sexuale: o comunicare în plan fizic și psihic între doi oameni care doresc să devină o singură ființă.

Din cele arătate mai sus, rezultă că majoritatea dificultăților sexuale psihogene au la bază anxietatea. Subiectul care dorește să se elibereze de anxietate și stări cu caracter fobic trebuie să cunoască natura reală a temerilor sale și apoi să încerce să le modifice.

Strategii menite să optimizeze relațiile sexuale

Exploatarea și cunoașterea propriului corp

Pentru femei: căutați să vă cunoașteți corpul. Pentru aceasta, priviți-vă goală în oglindă și observați ce anume vă place și ce nu la dumneavoastră. Examinați cu atenție, tot în oglindă, zonele genitale și observați cum vă simțiți: mândră, rușinată, vinovată sau speriată?

Pentru bărbați: încercați să deveniți narcisic. Admirați-vă gol în oglindă, încordând și relaxând mușchii asemenea unui atlet. Observați ce vă place și ce nu la propria persoană. Atingeți zonele genitale și observați ce anume simțiți. Dacă atingerea unei anumite părți a cor-

pului vă produce anxietate, căutaţi s-o atingeţi mai mult până când anxietatea va fi înlocuită cu o senzaţie de plăcere.

Achiziţionarea comunicării deschise în sfera vieţii sexuale

Relaţiile sexuale normale se bazează pe o comunicare sinceră şi deschisă între cei doi parteneri, pentru că împărtăşirea sentimentelor conduce la o mai bună înţelegere şi la o intimitate sporită între cei doi parteneri. De asemenea, discutarea nemulţumirilor şi insatisfacţiilor poate contribui la eforturile ambilor parteneri de a le soluţiona.

Chiar şi simplul fapt de a discuta cu privire la o problemă contribuie la reducerea anxietăţii în legătură cu aceasta. Programul de învăţare a subiectului să comunice liber cu privire la sex implică:

a) realizarea unor lecturi pe teme de educaţie sexuală şi discutarea acestora împreună cu partenerul;

b) trecerea de la discutarea unor probleme cu caracter general la discutarea propriilor nevoi, dorinţe şi probleme din domeniul vieţii sexuale.

Pentru subiecţii care au dificultăţi să discute despre acest gen de subiecte, Fensternheim şi Jean Baer (1977) recomandă, ca auxiliar, testul completării de fraze, pe care trebuie să-l realizeze ambii parteneri şi apoi să discute pe marginea acestuia.

Prezentăm mai jos un model al respectivului test:

- În timpul actului sexual îmi place cel mai mult...
- Partea corpului meu unde simt cea mai mare plăcere este...
- Partea corpului tău care mi se pare cea mai sexy este...
- Îmi place cel mai mult când eu...
- Imaginea mea favorită legată de viaţa sexuală este...
- În timpul jocului erotic preliminar doresc...
- În timpul actului sexual propriu-zis aş dori...
- Mă tem să-ţi spun că...
- Aş dori ca tu să... etc.

Reducerea anxietăţilor legate de activitatea sexuală, care se poate realiza prin intermediul următoarelor tehnici:

a) Tehnica imaginaţiei dirijate, menită să amplifice fanteziile cu caracter erotic.

Fanteziile erotice conduc la accentuarea excitaţiei şi satisfacţiei subiecţilor, fapt ce contribuie în mod indirect la reducerea anxietăţii. Subiectului cu probleme i se cere să elaboreze o imagine sau un film mental cu conţinut erotic şi să constate nivelul de excitaţie pe care îl

produce acesta. Apoi este solicitat să repete la nivel de antrenament mental (în stare de relaxare) scenariul respectiv și să caute să amplifice în mod deliberat gradul de excitație. Fanteziile erotice pot fi simple (de pildă, retrăirea situației când subiectul a sărutat pentru prima oară o fată) sau complexe (își poate imagina că face dragoste cu un actor celebru).

b) Trasarea unor sarcini comportamentale simple care se referă la viața sexuală.

Subiectului i se cere să facă acele lucruri pe care înainte avea tendința să le evite, începând cu ceea ce i se pare mai ușor de realizat. Terapeutul indică pacientului să se concentreze asupra a ceea ce face, nu asupra a ceea ce simte. Iată câteva exemple de astfel de sarcini:

- faceți dragoste la alte ore și în alte locuri decât cele obișnuite (în sufragerie, în baie, în timpul zilei etc.);
- experimentați și alte poziții în timpul actului sexual;
- creați scenarii legate de activitatea sexuală în așa fel încât să maximizați plăcerea și să reduceți anxietatea.

Astfel, pentru subiecții care se tem să experimenteze comportamente sexuale neobișnuite, se poate recomanda, de pildă, să joace rolul unui amant celebru pe care l-au văzut într-un film și să facă ceea ce ar fi făcut în situația respectivă personajul ales drept model.

c) Tehnica desensibilizării sistematice.

Terapeutul indică subiectului să elaboreze o listă ierarhică cuprinzând acele lucruri sau situații care îi provoacă anxietate, începând cu cele mai puțin anxiogene.

Pacientul trebuie să-și imagineze situația respectivă (cea mai puțin anxiogenă la început) și să se relaxeze până când anxietatea dispare complet și apoi să treacă la stimulul următor.

Iată un model de ierarhie de stimuli anxiogeni pentru un bărbat cu teama de a fi inadecvat în plan sexual (după Arnold Lazarus, 1976):

- sărut;
- mângâieri, subiecții fiind îmbrăcați;
- partenerii sunt dezbrăcați;
- joc erotic (parteneri dezbrăcați);
- poziție specifică actului sexual;
- penetrare;
- act sexual propriu-zis;
- schimbarea poziției în timpul actului sexual.

BCU "Lucian Blaga" Cluj-Napoca

Subliniem faptul că ierarhia respectivă trebuie să aibă un caracter individualizat, fiind specifică problemelor fiecărui pacient în parte.

Prezentare de caz

Nely și Radu s-au prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru probleme sexuale. Nely se plângea de faptul că Radu nu este interesat de viața sexuală. Dacă ea nu-l provoca, uneori chiar agresiv, între ei nu se petrecea nimic. În cazul în care ei îi dispărea interesul în timpul actului sexual, Radu nu făcea niciun efort să continue.
Anamneza și psihodiagnosticul proiectiv au pus în evidență faptul că Radu era interesat de viața sexuală, dar, în același timp, terorizat de teama că ar putea fi respins. El se temea de faptul că dacă el ar avea vreo inițiativă și Nely l-ar respinge, s-ar petrece o catastrofă inimaginabilă. Această teamă de a nu fi refuzat se ascundea în spatele lipsei sale de inițiativă sexuală.
Pentru a destructura modelul comportamental de evitare al bărbatului, terapeutul a propus tehnica desensibilizării în plan comportamental, sub forma unui joc de rol. În următoarele săptămâni, Radu trebuia să-i ceară lui Nely să facă o serie de lucruri personale pentru el (să-i facă masaj, să-l sărute, să-i taie unghiile etc.), iar ea trebuia să refuze. Soțul trebuia să se străduiască s-o convingă. În cazul în care el reușea să fie suficient de convingător, Nely trebuia să cedeze și să facă ceea ce îi cerea el. De fiecare dată când Radu reușea s-o convingă pe Nely să facă un anumit lucru pentru el, el primea 5 puncte, iar de fiecare dată când ea nu se lăsa convinsă, el pierdea 5 puncte. Obiectivul jocului era ca Radu să obțină 100 de puncte, iar când acest obiectiv era atins, cei doi soți trebuiau să plece într-o excursie la pescuit (Radu era pescar amator).
La sfârșitul primei săptămâni, Radu a obținut -15 puncte. Pentru a-l încuraja, Nely a adus acasă broșuri pe teme de pescuit și vederi din locurile cele mai frumoase unde se putea pescui. În următoarea săptămână, Radu a obținut scorul de +5 și foarte repede s-a ridicat la +50 de puncte și cei doi au cumpărat biletele de tren pentru a pleca la pescuit.
În timpul micii vacanțe, lui Radu nu i-a mai trecut prin minte ideea că Nely l-ar putea refuza și de atunci relațiile intime dintre cei doi s-au corectat.

Cu toate acestea, uneori, acele lucruri de care se teme subiectul se pot întâmpla sau s-au întâmplat deja. Astfel, acesta poate avea o disfuncție sexuală reală sau poate manifesta un comportament deviant pe care nu și-l dorește. Foarte multe din aceste tulburări sunt cauzate de teamă sau sunt menținute de aceasta.

Așa cum am mai subliniat, la bărbați, disfuncțiile cel mai frecvent întâlnite sunt impotența și ejacularea precoce, iar la femei, frigiditatea

și vaginismul (în acest ultim caz, anxietatea produce o contractură a musculaturii vaginale care face actul sexual dureros sau chiar imposibil). Aceste tulburări sunt relativ ușor de rezolvat, cu condiția ca ele să reprezinte probleme sexuale primare și nu probleme generate de o proastă relație de cuplu sau de temeri care nu au legătură directă cu viața sexuală.

Comportamente sexuale deviante

Acestea reprezintă tipuri de comportamente erotice scăpate de sub control, care se manifestă sub forma unor impulsuri foarte puternice, bazate pe un nivel foarte ridicat de autoexcitație și urmate adesea de sentimente de culpabilitate și autodevalorizare.

Unele din aceste comportamente sunt inacceptabile și considerate antisociale, au loc între subiect și victimă și nu se desfășoară în mod liber consimțit între parteneri adulți. În această categorie se includ, printre altele, pedofilia și exhibiționismul. Obiectivul psihoterapiei în astfel de situații este stoparea comportamentelor respective.

Celelalte comportamente sexuale deviante au loc, așa cum am subliniat mai sus, între adulți, sunt liber consimțite, problema constând în caracterul neobișnuit al actului sexual, care produce tensiune în cadrul cuplului și sentimente de culpabilitate la subiectul în cauză. În acest caz, obiectivul psihoterapiei rezidă în ajutarea pacientului să câștige autocontrolul asupra acestor comportamente, astfel încât ele să capete un caracter voluntar, și nu impulsiv, devenind o parte a activității sexuale obișnuite fără să mai contribuie la alterarea relației din cadrul cuplului.

Adesea anxietatea este cea care generează sau menține comportamentul deviant. Situația în care teama generează respectivul comportament sexual deviant se caracterizează, de regulă, prin prezența unor anxietăți de natură psihosocială (cum ar fi teama de critică sau teama de a fi respins). Aceste temeri ating o amplitudine foarte mare și subiectul simte nevoia să întreprindă ceva pentru a se elibera de ele. El a învățat, probabil în mod întâmplător, că un act sexual deviant îl poate relaxa și îl declanșează automat. Aici, problema care se pune este stoparea anxietății declanșatoare și aceasta va avea drept consecință și oprirea activității sexuale nedorite.

Prezentare de caz (după Fensternheim și Jean Baer; 1977)

Sam a fost arestat de mai multe ori pentru că, poștaș fiind, avea obiceiul să se uite în diverse apartamente pe gaura cheii pentru a vedea femei dezbrăcate. Atunci când reușea să vadă o astfel de femeie, se excita puternic și se masturba.

Aceste episoade erau declanșate de teama de deprivare. Crescut într-o familie săracă, Sam s-a temut toată viața că nu va avea suficientă mâncare, haine corespunzătoare și mai târziu că nu va avea mașină. La vârsta adultă a strâns suficienți bani pentru a-și cumpăra o mașină. La vârsta de 35 de ani, căsătorit de 12 ani și tată a trei copii, Sam s-a simțit din nou deprivat, pentru că nu avea libertatea să întrețină relații extraconjugale. El era de altfel un soț fidel și nu-și dorea cu adevărat o relație extraconjugală, dar povestirile pe care le auzea de la alți bărbați au condus spre reacutizarea sentimentului de deprivare, care a declanșat această conduită. Terapeutul a utilizat schema anterioară de comportament a subiectului, conform căreia comportamentul de furt a dispărut în mod spontan în momentul în care acesta și-a cumpărat mașina.

Tehnica utilizată a fost cea a desensibilizării sistematice în plan imaginativ: pacientul în stare de relaxare a fost solicitat să-și imagineze scene în care diverși bărbați își relatau aventurile și apoi scene în care el întreținea relații sexuale extraconjugale. Terapeutul s-a bazat pe supoziția că, dacă pacientul se va simți liber să aibă relații sexuale cu alte femei, sentimentul de deprivare se va stinge. În plan real, subiectul a avut o scurtă aventură, după care a decis că dorește să fie monogam și comportamentul deviant a dispărut.

Consilierea cognitiv-comportamentală în alte tipuri de crize familiale

Da Hilio (2002) este de părere că intervenția cognitiv-comportamentală în cazul familiilor aflate în criză o depășește sub aspectul problematicii pe cea care se referă la cupluri. Acest tip de intervenție abordează familia ca sistem și pune un accent deosebit pe tehnicile de negociere și realizarea unor contracte (Gordon și Davidson, 1981; Jacobson și Margolin, 1979; Liberman, 1970; Paterson, 1982, 1985) vizând cu precădere familiile cu copii problematici (Sanders și Dadds, 1993).

O atenție deosebită este acordată și rolului cogniților în medierea interacțiunilor din cadrul sistemului familial, gândurile și convinge-

rile disfuncționale fiind responsabile de apariția unor disfuncționalități în familie. Varianta rațional-emotivă a psihoterapiei cognitiv-comportamentale de familie propusă de Ellis (1978) postulează faptul că membrii familiei își creează o lume proprie datorită modului în care interpretează ceea ce li se întâmplă. Psihoterapia are ca obiectiv să-i ajute pe membrii familiei să conștientizeze faptul că distorsionările cognitive și convingerile iraționale stau la baza tulburărilor emoționale.

Modelul explicativ al terapiei rațional-emotive — ABC — explică faptul că membrii familiei pun problemele lor (consecințele C) pe seama evenimentului activator A, și nu pe seama gândurilor iraționale B. Terapeutul îi va ajuta pe clienți să adreseze provocări pentru a infirma veridicitatea gândurilor negative iraționale care, în cele din urmă, vor fi înlocuite cu unele alternative, raționale (rB).

Terapeutul va explica familiei, privită ca un tot unitar, într-o manieră activă și directivă, faptul că sursele problemelor de natură emoțională sunt cognițiile cu caracter irațional. Odată cu modificarea gândurilor și convingerilor disfuncționale, membrii familiei vor reuși să amelioreze calitativ interrelațiile lor.

Abordarea cognitiv-comportamentală menține un echilibru între intervențiile cognitive și comportamentale, abordând în același timp familia dintr-o perspectivă sistemică, ceea ce înseamnă că emoțiile, cognițiile și comportamentele membrilor familiei se influențează reciproc. Astfel, comportamentul unui membru al familiei produce gânduri, convingeri, emoții și comportamente la ceilalți membri ai familiei, care la rândul lor generează efecte asupra primului membru al familiei. Pe măsură ce această reacție circulară continuă, dinamica familială se modifică, accentuând vulnerabilitatea familiei la conflicte.

Epstein și Schlesinger (1991, 1996) prezintă patru modalități prin intermediul cărora cognițiile, emoțiile și comportamentele membrilor familiei interacționează, generând un climat familial instabil:

1. Cognițiile, emoțiile și comportamentele unui membru al familiei referitoare la interacțiunile din cadrul acesteia (de exemplu, un membru al familiei care se izolează de ceilalți).

2. Acțiunile individuale ale membrilor familiei asupra persoanei în cauză.

3. Reacțiile combinate (și nu totdeauna congruente) ale mai multor membri ai familiei asupra unui individ.

4. Particularitățile relațiilor dintre ceilalți membri ai familiei.

Așa cum am mai subliniat, terapia cognitiv-comportamentală acordă o atenție deosebită schemelor cognitive sau convingerilor disfuncționale de bază (Beck, Rush, Shaw și Emery, 1979; DeRubeis și Beck, 1988).

În cadrul psihoterapiei de familie, intervenția terapeutică are la bază supoziția conform căreia modul în care membrii familiei interferează și se evaluează unii pe ceilalți, precum și emoțiile și comportamentele din cadrul familiei sunt determinate de aceste scheme cognitive de bază. Din acest motiv, restructurarea cognitivă va juca un rol important în modificarea comportamentelor cu caracter disfuncțional.

Psihoterapia cognitivă așa cum a fost ea concepută de Beck (1976) pune un accent deosebit pe schemele cognitive sau convingerile negative de bază. În conformitate cu acestea, terapeutul care lucrează cu familiile va porni de la supoziția conform căreia membrii familiei interpretează și se evaluează unul pe celălalt potrivit schemelor cognitive timpurii, marea majoritate a emoțiilor și comportamentelor reprezentând reacții la acestea.

Din acest motiv, restructurarea schemelor cognitive disfuncționale va contribui la modificarea comportamentelor dezadaptative. Oamenii dețin propriile lor scheme cognitive care le determină atitudinea față de sine, față de lume, față de viitor și față de viața de familie (Dattilio, 1993 a). Acestea din urmă reprezintă un set integrat de convingeri rezultate în urma interacțiunilor desfășurate de-a lungul timpului între membrii familiei și se referă la familie în general, la originile acesteia sau la teoriile conform cărora se consideră că ar trebui să funcționeze familia. Schwebel și Fine (1994) descriu schemele cognitive de familie astfel:

Schemele de familie cuprind totalitatea cogniților pe care le dețin indivizii cu privire la viața de familie și familia în general, respectiv convingerile și atribuirile referitoare la evenimentele petrecute în familie, maniera în care trebuie să se desfășoare relațiile dintre soți, tipurile de probleme care pot să apară în cadrul cuplului și modalitatea de rezolvare, responsabilitățile membrilor familiei, consecințele ce derivă din neîndeplinirea acestora sau a atribuțiilor de rol, precum și costurile și beneficiile așteptate de fiecare membru al familiei. De asemenea, familiile de origine ale fiecărui partener joacă un rol important în modelarea schemei familiale actuale (Dattilio, 1993a; 1998b).

Intervenţia psihoterapeutică propriu-zisă

Interviul preliminar specific terapiei de familie, menit să culeagă informaţii cu privire la problemele apărute în familie, la problemele fiecărui membru al familiei, la structura personalităţii acestora, precum şi la particularităţile familiilor de origine, poate dura de la patru până la şase şedinţe (Dattilio şi Padesky, 1990; Dattilio, 1993a, 1998a). Membrii familiei sunt intervievaţi separat şi împreună.

În situaţii de criză, terapeutul trebuie să abordeze frontal gândurile disfuncţionale care contribuie la menţinerea şi escaladarea crizei şi să intervină cât mai rapid pentru stabilizarea familiei.

Strategiile utilizate vor fi de tip cognitiv şi vor cuprinde în principal contracte şi tehnici simple de rezolvare a problemelor imediate. Schwebel şi Fine (1994) sunt de părere că există patru supoziţii care stau la baza aplicării modelului cognitiv-comportamental în cazul familiilor.

Dattilio (2000) a adaptat aceste supoziţii pentru situaţiile de criză familială.

1. Oamenii au tendinţa de a-şi conserva mediul ambiant, de a-l înţelege pentru a putea funcţiona cât mai eficient în cadrul acestuia. În acest scop, membrii familiei culeg informaţii referitoare la modul în care funcţionează familia şi utilizează aceste informaţii pentru a-şi adapta comportamentul şi pentru a-şi forma scheme cognitive referitoare la viaţa de familie. Astfel, ei îşi alcătuiesc teoria personală referitoare la modul de funcţionare al familiei, teorie care joacă un rol central în organizarea evenimentelor de viaţă interne şi externe la care sunt supuşi membrii familiei.

2. Cogniţiile individuale ale fiecărui membru al familiei afectează în mod virtual fiecare aspect al vieţii de familie.

Baucom, Epstein, Sazers şi Sher (1989) disting următoarele categorii de variabile care afectează interrelaţiile în cadrul familiei:

- atenţia selectivă (ce anume este observat);
- atribuirile (cum explică subiecţii evenimentele care au loc);
- expectaţiile (ce anume aşteaptă subiecţii pe termen scurt, mediu sau lung);
- supoziţiile (percepţiile individuale în legătură cu modul în care funcţionează lumea);
- standardele (cum consideră indivizii că trebuie să fie lumea).

3. Există anumite obstacole care blochează modul sănătos de funcţionare a familiei şi rădăcinile acestora se află în teoriile personale ale membrilor familiei, mai ales în cogniţiile care le alcătuiesc.

4. Membrii familiei trebuie să devină conștienți de cogniţiile disfuncţionale legate de familie, de modul în care acestea afectează funcţionarea normală a familiei și sunt generatoare de stres.

Cogniţiile disfuncţionale trebuie înlocuite cu unele sănătoase cu caracter adaptativ. Aceste supoziţii vor servi drept ghid pentru terapeutul care realizează o intervenţie terapeutică asupra unor familii aflate în criză. Membrii familiei vor fi ajutaţi, în cadrul unui demers cu caracter colaborativ, să identifice disfuncţiile și să realizeze procesul de restructurare cognitivă.

Strategiile utilizate în cazul familiilor aflate în situaţie de criză sunt următoarele (adaptate de Dattilio, 2000 după Miller, Keitner, Epstein, Bishop și Ryan, 1993):

1. Definiţi problema curentă sau criza. Căutaţi să obţineţi un anumit acord al membrilor familiei cu privire la problema apărută, precum și la familie, în general.

2. Menţineţi o abordare directivă în intervenţia psihoterapeutică și promovaţi în mod activ schimbarea.

3. Încercaţi să ajungeţi la o conceptualizare cu caracter general în ceea ce privește istoria familiei și a familiilor de origine.

4. Identificaţi schemele cognitive care își au sursa în familiile de origine și modul în care acestea influenţează schemele actuale și expectaţiile membrilor familiei.

5. Identificaţi gândurile automate și schemele cognitive ale membrilor familiei prin intermediul dialogului socratic.

6. Testaţi gradul de veridicitate al gândurilor negative automate și al convingerilor disfuncţionale care stau la baza acestora.

7. Sugeraţi membrilor familiei anumite modificări în sfera comportamentală referitoare la interacţiunile din cadrul familiei (comportamente alternative).

8. Sprijiniţi membrii familiei să încheie anumite contracte în plan comportamental pentru a dezamorsa situaţia de criză. Contractele trebuie să fie limitate în timp și să se restructureze de la o ședinţă de terapie la alta.

9. Acţionaţi permanent în direcţia restructurării schemelor cognitive și a modificărilor în plan comportamental.

10. Puneţi un accent deosebit pe dezvoltarea deprinderilor de comunicare și a strategiilor de rezolvare de probleme.

11. Acţionaţi în direcţia implementării strategiilor menţionate mai sus pentru prevenirea și managementul crizelor viitoare.

Terapeutul își va propune inițial să reducă starea de criză și apoi să se concentreze asupra modificărilor permanente ale schemelor cognitive disfuncționale.

Studiu de caz

Dumitru și Claudia, în vârstă de 40 și respectiv 37 de ani, au ajuns la cabinetul de psihoterapie pentru comportamente violente. Soții, ambii cu studii superioare, aveau o fiică în vârstă de 14 ani și un fiu de 2 ani și jumătate.

Cei doi soți au declarat faptul că nu și-au mai dorit un alt copil după nașterea Mirelei, sarcina Claudiei fiind o surpriză pentru membrii familiei. Nașterea lui Petruț le-a modificat total existența, mai ales în ceea ce privește stilul de viață și responsabilitățile. Situația de criză s-a declanșat în următoarele condiții. Vineri, spre prânz, Claudia a telefonat soțului să vină mai repede acasă pentru că își uitase cheile și nu putea intra în locuință. Sosit acasă, Dumitru și-a găsit soția și copiii în curtea vecinilor. După ce tatăl s-a întors de la serviciu, Mirela, fiica cea mare care avea grijă de Petruț, s-a decis să plece să se întâlnească cu o prietenă. Fetița a susținut că i-a spus mamei că va pleca, dar aceasta probabil nu i-a acordat atenție. Rămas nesupravegheat, Petruț s-a îndepărtat de ceilalți și a căzut într-un canal al cărui capac rămăsese deschis. La strigătele disperate ale unui copil din vecini, toți au alergat la locul accidentului, Dumitru a coborât în canal și a salvat copilul care își pierduse cunoștința și avea un picior fracturat. Imediat soții au ajuns la camera de gardă a Spitalului de urgență Florească.

În timp ce se aflau în sala de așteptare, cei doi soți au început să se certe atât de violent, încât agentul de pază a trebuit să se adreseze cabinetului de psihiatrie care a trimis psihologul să rezolve situația.

Deși Petruț s-a restabilit fără probleme și a suportat bine montarea aparatului ghipsat, soții au decis să rămână noaptea la spital pentru a fi siguri că nu se întâmplă nimic cu copilul, care urma să mai stea în spital o zi pentru a fi ținut sub observație. În această situație, terapeutul a acceptat să primească familia la interviu, la cererea acesteia.

Prezentăm în cele ce urmează un fragment din cadrul *dialogului terapeutic*:

Terapeutul: Înțeleg că Petruț e bine, dar că voi sunteți încă șocați și supărați din cauza celor petrecute.

D (tatăl): Sunt mai mult decât supărat. Îmi vine să le strâng de gât pe astea două (arată spre soție și fiică). Era cât pe ce să-l pierdem pe Petruț!

C (mama): Să nu îndrăznești să mă acuzi! Nu voi lua asupra mea cele întâmplate, cel puțin nu de data asta!

D: Ei bine, ea (arată spre Mirela) este tot atât de tâmpită ca și tine! Și unde naiba ai lăsat cheile alea?

M (fiica): Tată, las-o baltă! Nimeni nu a vrut să se întâmple așa ceva. Nu facem decât să dăm vina unii pe ceilalți.

T (terapeutul): Ascultați! Înțeleg că ați fost traumatizați de cele întâmplate, dar acum este momentul să vă adunați și să faceți față situației. Dacă țipați unii la alții, nu faceți decât să înrăutățiți lucrurile și nu de asta avem nevoie acum. Sunteți de acord să încetați? Lăsați-vă mânia deoparte pentru un timp și haideți să încercăm să învățăm câte ceva din cele petrecute.
C: Sunt de acord să procedăm așa. Eu simt nevoia să vorbesc despre ceea ce simt pentru că altfel cred că voi exploda.
În timp ce Claudia vorbea, Dumitru tăcea cu o expresie sardonică. La un moment dat, Mirela a izbucnit în hohote de plâns. Mama s-a repezit s-o consoleze, iar Dumitru a afișat o expresie de mânie.
T (către Dumitru): Tată, ești foarte tăcut. Ce-ți trece prin minte acum?
D: Mă simt dezgustat de ceea ce se petrece. Asta este culmea haosului în care trăim în fiecare zi. Niciunul nu știe ce face celălalt și rezultatul este că era să ne pierdem fiul. Ce se mai poate întâmpla oare?
T: Dacă am înțeles corect, consideri incidentul actual ca un rezultat al haosului pe care îl trăiți în familie.
C: (către soț): Cum poți să spui așa ceva? Nu a fost decât un accident. Nu noi am lăsat capacul canalului deschis. Cred că te referi la altceva.
D: Nu știu, cred că este problema cu cheile... faptul că ea s-a încuiat afară. Acum două săptămâni era să dea foc la mașină pentru că nu a schimbat uleiul. E nebună și m-am săturat de toate astea!
M: Tată, parcă tu spuneai că o să ai grijă de asta. Ai țipat la mine să nu las pe nimeni să umble la mașină pentru că tu te vei ocupa de ea, așa că nu o face vinovată pe mama.
T: Se pare că în familia voastră au apărut unele probleme legate de împărțirea responsabilităților și de comunicare. Cred că ar trebui să discutăm în detaliu cu privire la schema familiei sau mai exact la convingerile voastre referitoare la împărțirea responsabilităților. (Se adresează Mirelei): Nu ai dori tu să-mi vorbești despre modul în care se împart la voi responsabilitățile?
M: De ce tocmai eu? Nu mi-e clar. Se pare că părinții îmi conferă unele responsabilități și apoi mi le iau înapoi. De obicei nu știu care sunt responsabilitățile mele și părinții nu fac decât să mă certe.
C: Soțul meu are unele probleme cu controlul. Dacă atribuie o responsabilitate cuiva și apoi i se pare că acel lucru nu este făcut așa cum crede el de cuviință, sfârșește prin a-l face singur.
D: Nu exagera.
Mama și fiica: Ba da, acesta este adevărul. După părerea ta, noi nu facem niciodată nimic bine.
T: Dacă am înțeles bine, părerea voastră (a mamei și fiicei) este că tata ține foarte mult ca lucrurile să fie făcute așa cum vrea el și, dacă nu se întâmplă așa, preferă să le facă singur.
C: Da, este corect. El se comportă ca un fel de dictator.

D: Nici chiar așa! Mă faceți să mă simt ca un fel de Ceaușescu.
M: Tată, uneori chiar așa te porți.
T (către tată): Sunteți surprins de faptul că familia vă percepe astfel?
D: Da și nu. Nu cred că sunt atât de rău cum spun ele, dar îmi place ca lucrurile să fie bine făcute.
T: De ce este atât de important ca lucrurile să fie bine făcute?
D: Pentru că greșelile pot să ne coste foarte mult, așa cum s-a întâmplat și astăzi. (Mama și fiica încep să plângă.)
T: În acest caz particular este adevărat, dar crezi că toate situațiile sunt la fel de importante? Cred că membrii familiei tale se referă la situații de zi cu zi în care nu le este permisă nici cea mai mică greșeală.
D: Este posibil, dar eu sunt capul familiei și este de datoria mea să veghez ca lucrurile să fie făcute cum trebuie.
T: Ai cumva vreun set de reguli din care să reiasă modul în care trebuie făcute toate lucrurile?
D: Nu, mă bazez pe experiența familiei mele de origine... procedez la fel cum proceda tatăl meu.
T: Spune-mi mai multe lucruri despre asta.
C: Doamnă doctor, o să vedeți cum povestește despre un dictator!
D (către soție): Să nu vorbești așa despre tatăl meu.
T: Să-l lăsăm pe tată să continue. Aș dori să aflăm mai multe lucruri despre familia lui de origine și despre convingerile sale cu privire la rolul pe care trebuie să-l joace în cadrul familiei. Se pare însă că mai avem o problemă legată de faptul că obișnuiți să vă întrerupeți unii pe alții. Dacă am observat corect, frământi în mâini șepcuța lui Petruț; nu ai vrea să mi-o dai puțin?
C (plânge și întinde șapca): Da, sigur.
T: Se pare că acest obiect reprezintă un simbol pentru întreaga familie... este vorba de o ființă dragă, pe care o iubiți cu toții și așteptați să se facă bine. O să dăm fiecăruia, pe rând, acest simbol al respectului atunci când are cuvântul, iar ceilalți membri ai familiei vor înțelege că nu trebuie să-l întrerupă. În momentul în care a terminat ce avea de spus va pasa șepcuța celuilalt vorbitor. Astfel vom avea un control mai bun asupra celor ce se petrec aici. Sunteți de acord?
C: Nu știu. Este un fel de a-mi spune să mă controlez mai bine. Știți că în momentul acesta sunt foarte nervoasă.
T: Aș dori să aud ce ai de spus. Dar poate ar fi mai bine să notezi pe hârtie gândurile care îți vin în minte atunci când te simți supărată.
C: Nu înțeleg!
T: Aveți aici câteva foi de hârtie și niște pixuri. Notați gândurile care vă trec prin minte în loc să izbucniți și să-i întrerupeți pe ceilalți. În felul acesta nu veți uita ce vreți să spuneți și veți avea și posibilitatea să vă evaluați gândurile automate negative puțin mai târziu.
Mama și fiica: O să încercăm.

Tatăl face semn afirmativ cu capul.
T (către Dumitru): Să ne întoarcem acum la ceea ce doreai să spui despre tatăl tău.
D: Ei bine, tata era șef acasă. El a instaurat reguli „de fier". Poate nouă ni se părea prea dur și rigid, dar privind lucrurile în urmă, a reușit să mențină familia unită. Pentru asta îl respect...
T: Să înțeleg că îți percepi în același fel rolul în cadrul familiei?
D: Bineînțeles, numai că ei nu mă ascultă. Nu înțeleg, chiar nu merit niciun pic de respect?
T: Ce gânduri îți vin în minte în legătură cu faptul că membrii familiei tale nu-ți acordă același respect pe care l-ai purtat tatălui tău?
D: Nu știu... poate că sunt ineficient. Claudia nu mă ajută deloc, nu-mi dă dreptate și copiii simt asta. Mirela mi se opune la rândul ei.
T: Crezi că soția ta face asta în mod intenționat?
D: Da, asta cred.
T: Ar fi bine să verificăm acest lucru. Claudia, te aliezi în mod intenționat cu Mirela împotriva lui Dumitru?
C: Nu, el crede că tot ce facem sau spunem noi este împotriva lui. Cred că el merge prea departe și ne stresează pe toți, așa că suntem o familie stresată!
T: Ce îți trece prin minte atunci când soțul său se poartă așa?
C : Simt nevoia să-mi apăr copiii de el, așa cum făcea și mama mea.
T : Tatăl tău proceda la fel cum procedează Dumitru?
C : Da, dar era mult mai rău. El ne bătea frecvent.
T : Să înțeleg că îți percepi soțul la fel cum îți percepeai tatăl și consideri că rolul tău de mamă trebuie să fie același cu al mamei tale?
C : Cred că da... este o modalitate de supraviețuire.
T : Constat că amândoi porniți de la aceeași supoziție și anume să vă protejați familia. Mai mult, fiecare dintre voi se comportă în cadrul familiei actuale așa cum a văzut că se proceda în propria familie de origine. Cred că este foarte frustrant pentru voi să vă comportați așa cum considerați că este corect și să intrați în conflict unul cu celălalt. Se pare că resimțiți o anumită violare a regulilor conform cărora trebuie să se petreacă lucrurile în familie. (Către Mirela): Cred că și pentru tine acest lucru creează confuzie, nu-i așa?
M : Da, eu nu știu cum se vor termina aceste conflicte și e foarte greu să nu știi de partea cui să fii sau pe cine să asculți.
T: Cum procedezi în astfel de situații?
M: Presupun că mama are dreptate pentru că țipă la mine mai puțin. Măcar se poate discuta cu ea.
D (o întrerupe): Interesant! Și sora mea spunea același lucru despre tata și era foarte apropiată de mama.
T: Scenariul tinde să se repete, numai că lucrurile nu se petrec chiar identic pentru că este vorba de altă familie și altă generație. Cred că suntem de acord cu toții că regulile existente în familiile voastre de origine și care sunt aplicate acum generează

conflicte și ar trebui modificate. Adesea, membrii familiei au niște așteptări care pot fi nerealiste, manifestând tendința de a-i forța pe membrii familiei actuale să se conformeze acestora.
M: Pot să spun ceva?
T: Desigur.
M: Mă simt adesea derutată de faptul că mama îmi spune să-l ascult pe tata, pentru că el este șeful, dar ea nu face asta. Mi se pare o ipocrizie din partea ei.
C: Știu bine de ce spun asta... vreau să-l potolesc, să nu facă o scenă. Vreau să fie liniște în casă.
T: Este un punct de vedere corect. Mama trebuie să facă ceva pentru a menține armonia în familie. Părinții trebuie să-și stabilească un set de reguli cu care să fie de acord și pe care să le respecte. Pentru a realiza acest lucru ei trebuie să-și examineze nevoile, convingerile și supozițiile după care se conduc și să identifice distorsionările cognitive pe care le conțin acestea. O să realizăm acest lucru ceva mai târziu. Deocamdată aș dori să cădem de acord ca situația să se stabilizeze până când vom putea lucra în detaliu asupra gândurilor și convingerilor negative și vom reuși să le înlocuim cu unele mai realiste. Să facem un pact de neagresiune până la întâlnirea viitoare.
D: Eu sunt de acord, nu știu dacă și soția mea va fi și ea de acord.
C: Sunt de acord, dar sunt încă șocată de cele petrecute. Oare suntem chiar atât de răi?
T: Nu, dar unele schimbări trebuie făcute. Facem o pauză și reluăm discuțiile după-amiază.
În continuare, demersul terapeutic a fost focalizat asupra identificării distorsionărilor cognitive prezente în gândurile și convingerile disfuncționale ale membrilor familiei, aceștia fiind ghidați să adopte un stil de gândire alternativ.

Prezentăm în cele ce urmează fragmente din cadrul dialogului terapeutic defășurat în partea a doua a ședinței de consiliere.
T: Cred că ați mâncat ceva, ați băut o cafea și vă simțiți ceva mai bine.
Membrii familiei confirmă.
C: Copilul se simte bine și doarme acum.
T: Îmi pare bine că totul este în ordine. Dumitru, atunci când ne-am referit la respectul pe care dorești să ți-l poarte membrii familiei ai spus că ți-ai pus la îndoială eficiența. Este adevărat?
D: Da. Mă întreb mereu cât sunt de eficient.
T: De ce? Ce anume te determină să crezi că ești ineficient?
D: Faptul că ei nu mă ascultă mă determină să cred că nu am nicio valoare. Sunt desconsiderat.
T: Și ce simți în acele momente?
D: Sunt furios pentru că m-am străduit atât de mult și ăsta este rezultatul.
T: Poate că soția și fiica ta simt altceva.

D: Posibil.
T: Ești sigur de asta?
D: Nu, dar presupun după modul în care se comportă.
T: Ce ar fi dacă ai verifica această supoziție culegând informații în favoarea sau împotriva ei. Ai putea să gândești diferit dacă obții informații care îți contrazic convingerea că ești desconsiderat?
F: Nu știu. Mi-e greu să cred că ele nu au o părere proastă despre mine. Am simțit de mult timp acest lucru.
T: Ai afirmat că ai simțit. De fapt nu știi sigur ce cred ele despre tine.
D: Nu.
T: Hai să verificăm convingerea ta. (Se adresează mamei și fiicei.) Puteți să-i spuneți ceva tatălui în legătură cu eficiența sau ineficiența lui în calitate de părinte.
C: Bineînțeles că este eficient, numai că strică totul prin modul în care ni se adresează. Ne face să ne simțim atât de...
T: Ineficiente?
C: Da, este ca și cum noi nu am fi în stare de nimic.
M: După părerea tatei, noi nu facem nimic bine.
T: Deci nu este vorba de faptul că tata ar fi ineficient, că nu ar avea dreptate, ci de faptul că nu vă place modul în care vi se adresează.
Mama și fiica: Da.
T: Trecând peste asta, are grijă de voi, vă protejează, vă asigură existența, nu-i așa?
C: Nu m-am putut plânge de nimic în ultimii 15 ani.
T (adresându-se tatălui): Auzind toate acestea, s-a modificat ceva în maniera ta de a gândi?
D: Cred că da. Sunt surprins de cele auzite.
T: Ai pus în acțiune tipul de distorsionare cognitivă „totul sau nimic". După cum poți observa, lor nu le place tonul pe care le vorbești și nu persoana ta în totalitate. Ce părere ai?
D: Cred că este adevărat. Mi-a fost greu să accept faptul că lucrurile nu sunt făcute perfect și că apar neglijențe.
T: Vom discuta mai târziu și despre aceste aspecte. Ceea ce trebuie să faceți în continuare este să vă reanalizați gândurile și convingerile pe care le aveți unul în legătură cu celălalt și să verificați dacă există suficiente argumente care vin în sprijinul lor. Acest lucru este foarte important pentru că de maniera în care gândim depinde modul în care ne simțim și în care acționăm.

În felul acesta vom încerca să rezolvăm unele dintre conflictele care au apărut în familia voastră. De îndată ce vom modifica stilurile disfuncționale de gândire și comportamentele care derivă din acestea, veți începe să nutriți sentimente mai bune unul față de celălalt.
În întâlnirile noastre viitoare, vom aborda și alte probleme, cum ar fi cele legate de putere și deținerea controlului.

BCU "IOAN SLAVICI" TIMIȘOARA CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În cadrul cazului expus mai sus, tatăl a constituit elementul central asupra căruia a fost focalizat demersul terapeutic, acesta reprezentând sursa principală a conflictelor apărute în situația de criză.

Terapeutul a presupus faptul că modificarea modului său de gândire ar putea avea un anumit impact asupra restului familiei. Ședințele viitoare de terapie vor fi centrate asupra restructurării cognitive a celorlalți membri ai familiei, în vederea echilibrării acesteia ca sistem.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

XIV
Psihoterapia cognitiv-comportamentală în tulburările de personalitate

Tulburările de personalitate

Putem vorbi despre tulburări ale personalității doar atunci când trăsăturile acesteia sunt caracterizate prin rigiditate, dezadaptabilitate și stau fie la baza unei alterări a comportamentului, fie a unei suferințe subiective. Tulburarea de personalitate va fi diagnosticată în urma analizei comportamentelor recente, precum și a celor din trecutul pacientului. Pentru a diagnostica o tulburare de personalitate trebuie evidențiate unele trăsături convergente care să determine o alterare semnificativă în sfera relațiilor sociale și profesionale de care subiectul în cauză poate fi sau nu conștient.

Definiții date tulburărilor de personalitate

Schneider (1923) subliniază faptul că subiecții cu tulburări ale personalității se consumă din cauza acestor tulburări și fac să sufere în consecință și alți membri ai societății. Tyrer (1988), la rândul său, este de părere că tulburarea de personalitate reprezintă o anomalie persistentă a funcționării personale și sociale, independentă de integritatea mentală. Conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății (OMS, 1993):

Tulburările personalității reprezintă modele de comportament stabile și profund înrădăcinate în structura psihică a persoanei, care se manifestă ca niște răspunsuri rigide declanșate într-o serie de situații sociale și personale. Acestea constituie deviații extreme și importante de la modul în care un individ mediu din cadrul unei culturi date percepe, simte, gândește și stabilește relații cu ceilalți. Respectivul model tinde să fie stabil și să includă numeroase situații care implică funcționarea psihologică și comportamentală.

Tulburările de personalitate sunt frecvent, dar nu totdeauna, asociate cu diverse grade de disconfort subiectiv și cu probleme în ceea ce privește funcționarea socială a individului. Conform Manualului de Diagnostic și Statistică al Tulburărilor Mentale elaborat de Asociația Psihiatrilor Americani (DSM IV; APA 1994), tulburările de personalitate reprezintă modele durabile de percepție, relaționare și gândire în raport cu propria persoană și cu mediul înconjurător, care se manifestă în contexte sociale și personale extrem de variate. Doar atunci când trăsăturile personalității sunt rigide și dezadaptative și cauzează o alterare în funcționarea individului sau o suferință subiectivă importantă, putem vorbi de tulburări de personalitate.

Criteriile generale ale tulburărilor de personalitate (după DSM IV; APA, 2000):

Criteriul A: Un pattern durabil de experiență umană internă și de comportament care deviază considerabil de la cerințele culturii individului. Acest pattern se manifestă în două sau mai multe din următoarele domenii:

(1) cunoaștere (adică modurile de a se percepe și interpreta pe sine, alte persoane și evenimente);
(2) afectivitate;
(3) funcționare interpersonală;
(4) controlul impulsului.

Criteriul B: Pattern-ul durabil este inflexibil și pervaziv în raport cu o gamă largă de situații personale și sociale.

Criteriul C: Pattern-ul durabil duce la o detresă sau deterioarea semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii de funcționare.

Criteriul D: Pattern-ul este stabil și de lungă durată, iar debutul său poate fi trasat retrospectiv cel puțin până în adolescență, sau la începutul perioadei adulte.

Criteriul E: Pattern-ul durabil nu este explicat mai bine ca manifestare sau consecință a unei alte tulburări mentale.

Criteriul F: Pattern-ul durabil nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanțe sau unei condiții medicale generale.

Studiile au demonstrat, de asemenea, și faptul că tulburările de personalitate se asociază frecvent între ele, după cum există și asocieri între acestea și alcoolism, tulburări anxioase sau tentative de suicid.

Tulburarea de personalitate borderline se asociază frecvent cu tulburarea histrionică sau narcisică, cu alcoolismul, toxicomania, tabagismul, fobiile, tentativele de suicid și chiar cu schizofrenia. Trebuie subliniat însă faptul că personalitatea antisocială a fost asociată uneori cu factori de natură genetică (Tyrer și Stein, 1993).

Clasificarea tulburărilor personalității

Cele mai interesante sub aspect clinic sunt clasificările tulburărilor de personalitate elaborate de Kurt Schneider și cele cuprinse în DSM IV (1994), precum și în ICD-10 (OMS, 1992).

Așa cum am mai subliniat, Schneider (1923) considera drept personalități anormale sau psihopate acei subiecți care suferă din cauza caracterului lor anormal și „fac să sufere și societatea". Autorul a propus prima tipologie modernă elaborată pe baza observației clinice. Schneider era de părere că psihopatiile nu sunt boli psihice în adevăratul sens al cuvântului, acestea reprezentând doar devieri de la structura personalității normale, iar normalitatea fiind raportată la normele și valorile medii ale colectivității din care face parte subiectul. Prezentăm în pagina următoare clasificarea personalităților psihopatice realizată de Kurt Schneider (după Cottraux și Blackburn, 1995, p. 36) și domeniile clinice pe baza cărora pot fi apreciate tulburările personalității (după Milton, 1990).

Grila prezentată mai jos cuprinde opt domenii pe baza cărora se pot determina tipurile de personalitate și explică modul de interpretare a axei II a manualului DSM IV.

Menționăm faptul că respectivul manual este structurat pe mai multe axe:

Axa I – Tulburările clinice; alte condiții care se pot afla în centrul atenției clinice;

Axa II – Tulburările de personalitate; retardarea mentală;

Axa III – Condițiile medicale generale;

Axa IV – Probleme psihosociale și de mediu;

Axa V – Evaluarea globală a funcționării.

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Clasificarea personalităților psihopatice realizată de Kurt Schneider
(după Cottraux și Blackburn, 1995)

Psihopați	Caracteristici principale
1. Hipertimici	Bună dispoziție exagerată; hipomanie
2. Depresivi	Dispoziție tristă; distimie
3. Îngrijorați (senzitivi sau obsesionali)	Sentimente de inferioritate
4. Fanatici (paranoizi)	Valorizarea exagerată a propriei persoane, a propriilor idei, agresivitate, egocentrism sau integrare în comunități marginalizate (secte, grupări teroriste)
5. Narcisici	Nevoia exagerată de a face o impresie bună, asociată cu o insuficiență autopercepută
6. Instabili	Comportamente antisociale
7. Explozivi	Violență; crize de furie
8. Apatici	Lipsă de afectivitate, amoralitate, retragere socială, schizoidie
9. Abulici	Lipsa voinței, influențabilitate
10. Astenici	Anxietate, ipohondrie, depresie, neurastenie

Domeniile clinice pe baza cărora pot fi apreciate tulburările personalității
(după Milton, 1990)

Acțiuni (acte) expresive	Comportament observabil
Conduite interpersonale	Modul de relaționare cu ceilalți
Stil cognitiv	Percepția, prelucrarea și comunicarea informațiilor
Mecanisme reglatorii	Modalități interne conștiente sau inconștiente de autoreglare rezultate în urma unor experiențe timpurii
Dispoziție/temperament	Emoții
Imagine de sine	Modalitatea în care persoana se percepe pe sine
Reprezentările obiectuale	Reminiscențe structurale ale amintirilor, atitudinilor și imaginilor, reminiscențe care determină modul în care subiectul percepe și reacționează la experiențele vieții curente
Organizarea strategiilor de a face față solicitărilor	Mecanisme psihologice de apărare și adaptare

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Prezentăm în continuare cele 10 tipuri de tulburări ale personalității după DSM IV–R (APA, 2000):

Tulburările de personalitate din Grupa A

Tulburarea de personalitate paranoidă: se caracterizează prin tendința generalizată și nejustificată, care se manifestă în diverse contexte, de a interpreta acțiunile altor persoane ca fiind orientate în mod deliberat pentru a-l umili sau amenința pe cel în cauză.

Tulburarea de personalitate schizoidă: se remarcă prin patternul pervaziv de detașare de interacțiunile sociale și printr-o limitare a experiențelor și a exprimării afectivității.

Tulburarea de personalitate schizotipală: implică un pattern pervaziv de deficite sociale și interpersonale, distorsionări cognitive și perceptive, precum și un comportament excentric.

Tulburările de personalitate din Grupa B

Tulburarea de personalitate antisocială: se caracterizează prin patternul pervaziv de desconsiderare și violare a drepturilor celorlalți, acte delictuale, sadice, violente, iritabilitate și agresivitate, trăsături care se pot manifestă adesea din copilărie sau adolescență.

Tulburarea de personalitate borderline: se manifestă printr-o instabilitate a relațiilor interpersonale, fluctuații la nivelul imaginii de sine și stări afective cu caracter impulsiv ce se manifestă precoce în perioada adultă și sunt prezente într-o varietate de interacțiuni sociale.

Tulburarea de personalitate histrionică: se mai numește și personalitate teatrală sau isterică și se caracterizează prin emoționalitate pervazivă și excesivă și prin încercări permanente de a atrage atenția celor din jur.

Tulburarea de personalitate narcisică: are ca element esențial pattern-ul pervaziv de grandoare, necesitate de admirație și de lipsă de empatie ce apare precoce în perioada adultă.

Tulburările de personalitate din Grupa C

Tulburarea de personalitate evitantă: implică inhibiție socială, sentimente de inferioritate, inadecvare, precum și o hipersensibilitate la evaluările negative ale celorlalți.

Tulburarea de personalitate dependentă: se caracterizează prin necesitatea excesivă a subiectului de a se agăța de ceilalți, de a fi tutelat

de cineva, ceea ce duce la un comportament submisiv și aderent și la frica de separare.

Tulburarea de personalitate obsesiv-compulsivă: se caracterizează prin preocuparea pentru ordine, printr-un stil de conduită perfecționist, rigiditate, dependență exagerată de reguli și valori cu caracter strict. Relațiile interpersonale sunt dominate de răceală afectivă.

Tulburări de personalitate fără altă specificație

Acestea cuprind trăsături aparținând mai multor tipuri de personalități descrise mai sus, fără a fi însă suficiente în satisfacerea și diagnosticarea unui anume tip de tulburare de personalitate. Cu toate acestea, indivizii aparținând acestei categorii au probleme de adaptare socială și prezintă trăiri subiective cu conținut negativ. În această categorie sunt incluse:

– Tulburarea de personalitate depresivă: este definită ca o structură difuză de cogniții și comportamente depresive, care se manifestă în afara unui episod depresiv major și nu poate fi explicată prin intermediul unei tulburări distimice. Există numeroase argumente clinice în favoarea acestui model de personalitate. Astfel, Akiskal (1995) este de părere că trebuie să avem în vedere trei tipuri temperamentale: ciclotimic, hipertimic (maniacal) și depresiv. Autorul subliniază faptul că adesea subiecții aparținând celei de-a treia categorii sunt diagnosticați eronat ca fiind narcisici, pasiv-agresivi sau ineficienți.

– Tulburarea de personalitate pasiv-agresivă

Această tulburare de personalitate figurează în cadrul manualului DSM III-R (1987), dar a fost invalidată de studiile care au stat la baza alcătuirii manualului DSM IV (APA, 1994). Cu toate acestea, experiența clinică evidențiază subiecți la care predomină trăsăturile specifice acestei categorii. Subiecții din cadrul acestui grup manifestă permanent o rezistență pasivă la orice solicitare socială sau profesională, fiind opoziționiști, negativiști și sabotori mascați. Acest model funcționează în afara episoadelor depresive majore și nu poate fi explicat prin intermediul unei tulburări distimice.

Clasificarea tulburărilor de personalitate după ICD-10 (Clasificarea Internațională a Maladiilor, OMS, 1992)

Această clasificare se remarcă prin absența tulburărilor de personalitate schizotipală și narcisică și includerea tulburării de personali-

tate impulsivă, caracterizată prin incapacitatea individului de a-și controla mânia, de a gândi și a planifica înainte de a acționa, printr-o dispoziție imprevizibilă și prin comportamente conflictogene.

Cottraux și Blackburn (1995, p. 40) prezintă un tabel comparativ al tulburărilor personalității după DSM IV și ICD-10:

Grupe de tulburări de personalitate după DSM IV	Tipuri de personalitate după DSM IV (1994)	Tipuri de personalitate după ICD-10 (1992)
Excentrice și bizare	Paranoidă Schizoidă Schizotipală	Paranoidă Schizoidă
Dramatice și emoționale	Antisocială Histrionică Narcisică	Disocială Labilă borderline Labilă impulsivă Histrionică
Anxioase și ineficiente	Evitantă Dependentă Obsesiv-compulsivă	Anxioasă Dependentă Anancastă Alte tulburări de personalitate
Tulburări de personalitate nonspecifice sau mixte		Tulburări mixte Tulburări nonspecifice
Categorii insuficient delimitate	Personalitatea depresivă Negativistă (pasiv-agresivă)	

Manualul DSM IV (1994) conține și o categorie adițională de structuri de personalitate, denumită personalități sau stiluri adaptative care afectează starea sănătății persoanei. Este vorba de tipurile de personalitate A, B și C, precum și de alte structuri posibile. Tipurile A și B au fost descrise de Friedman și Rosenman (1959); persoanele aparținând acestor tipuri sunt predispuse riscului de afecțiuni coronariene dacă se adaugă fumatul, consumul excesiv de grăsimi animale, absența activității fizice și alimentația hipercalorică. Aceste tipuri de personalitate reprezintă modalități de a reacționa la stres.

Tipul A caracterizează indivizii luptători cu maxilarele și musculatura încordate, ostili față de cei din jur, nerăbdători, cu tonul

vocii dur și imperativ, cu ritmul vorbirii și mișcărilor accelerat. Subiecții sunt agresivi, cinici, rareori anxioși pentru că, datorită stilului lor perfecționist, reușesc să țină sub control stresul și anxietatea.

Unele studii au confirmat legătura dintre acest tip de personalitate și bolile cardiovasculare, altele au infirmat-o (Cottraux și Blackburn, 1995, p. 41).

Observațiile clinice au evidențiat faptul că tipurile de personalitate A și B se găsesc la extremele unei curbe care reprezintă o distribuție normală, la unul dintre capete găsindu-se subiecții angajați într-o luptă permanentă de a obține anumite lucruri (avantaje materiale, poziții sociale) (personalitățile de tip A), iar la celălalt capăt subiecții relaxați, senini, care nu se află sub presiunea permanentă a timpului și la care reacțiile la situațiile incontrolabile sunt minimale (personalitățile de tip B).

Numeroase studii au evidențiat existența unui alt tip de personalitate, predispus la cancer (tipul C), care se situează undeva între celelalte două — A și B. Studiile efectuate de psihologi asupra persoanelor suferinde de cancer au evidențiat următoarele particularități psihice: depresie, trăirea unor stări de disperare și neputință, suporturi sociale slabe sau pierderea acestora, emotivitate cu conținut negativ slab și absența capacității de a-și exprima emoțiile.

Elementul central și specific pentru acest tip de personalitate îl reprezintă incapacitatea subiectului de a-și exprima furia și sentimentele negative. Persoana nu manifestă decât sentimente pozitive, optimiste sau indiferente față de ceilalți și față de lume în general, acest mod de a fi având la bază o depresie mascată care poate contribui la alterarea sistemului imunologic al organismului și la instalarea bolii canceroase.

Trebuie subliniat însă faptul că această maladie are o cauzalitate mai complexă, iar studiile care susțin teoria respectivă nu sunt încă suficient de concludente (Contrada et al., în Pervin, 1990).

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

Teorii cognitive ale tulburărilor de personalitate

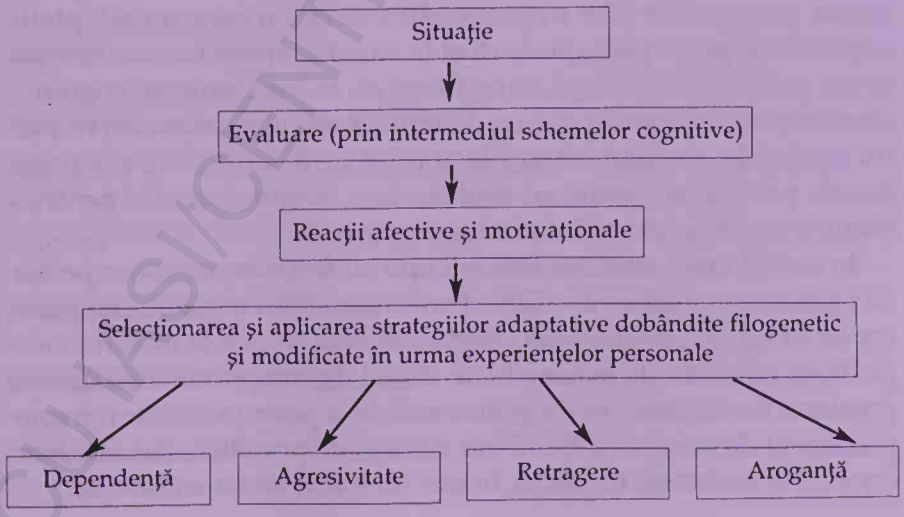
Blackburn și Cottraux (1995) realizează o trecere în revistă a principalelor modele cognitive care stau la baza explicării tulburărilor de personalitate.

1. Modelul lui Beck (Beck, Freeman et al., 1990) reprezintă un model pragmatic, bazat pe studii clinice (Beck et al., 1979).

Pornind de la conceptele analizei sinelui, abordate în lucrările lui Adler și Karen Horney, autorii au ajuns la concluzia că structurile cognitive fundamentale ale individului nu sunt total inaccesibile conștiinței pacientului, rolul terapeutului constând în a-l învăța pe acesta să identifice gândurile, afectele și comportamentele pe care le generează și, în cele din urmă, să modifice cogniţiile disfuncţionale care conduc la comportamente dezadaptative.

Teoria lui Beck are la bază un punct de vedere evoluționist și genetic asupra personalității, aceasta postulând faptul că tipurile de personalitate reprezintă strategii adaptative, selecționate în decursul evoluției individului, pentru a asigura supraviețuirea și reproducerea speciei. Această abordare poate fi reprezentată în cadrul schemei cognitive a tulburărilor de personalitate:

Schema tulburărilor de personalitate ca strategii ereditare și învățate
(Beck; apud Cottraux și Blackburn, 1995, p. 50)



BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Variante ale acestor strategii pot fi observate într-o formă extremă în cadrul sindroamelor anxioase sau depresive, dar și la nivelul tulburărilor de personalitate. Maniera în care este evaluată o situație sub aspectul procesării informației și al reacțiilor afective determină activarea strategiilor ereditare sau dobândite, care pot avea un caracter adaptativ sau dezadaptativ. Cu alte cuvinte, evaluarea unei situații depinde, conform teoriei cognitiviste, de prezența unor constructe mentale relativ stabile, denumite scheme cognitive.

Trăsăturile de personalitate reprezintă, conform acestei teorii, expresiile vizibile ale unor constructe sau scheme cognitive. În cazul tulburărilor de personalitate, schemele disfuncționale și strategiile dezadaptative determină vulnerabilitatea individului la o gamă largă de stimuli și situații. Astfel, o personalitate dependentă va fi vulnerabilă la pierderea afecțiunii și suportului din partea celorlalți, o personalitate narcisică va fi vulnerabilă la situațiile care conduc la diminuarea autostimei, în timp ce o personalitate evitantă se va simți traumatizată în toate situațiile sociale sau profesionale în care i se cere să se afirme sau să ia decizii.

Beck și colaboratorii (1979) sunt de părere că emoțiile, atitudinile și comportamentele specifice personalităților normale și patologice pot fi explicate mai bine dacă ținem cont de punctul de vedere susținut de etologi.

Comportamentul animal este în cea mai mare parte programat, fiind determinat de interacțiunea structurilor genetice cu experiența individuală. Evoluția a condus la selecția naturală a acelor comportamente programate care s-au dovedit a avea un caracter adaptativ superior. Se poate presupune că și în cazul ființelor umane funcționează programe de lungă durată care au la bază procese cognitive afective și motivaționale și care determină reacțiile automate, respectiv modul de a evalua situațiile, modul de a simți și de a acționa. Aceste procese automate au evoluat de-a lungul timpului pentru a asigura supraviețuirea și reproducerea speciei.

În același timp, anumite strategii care au fost adaptate unor perioade primitive nu mai sunt valabile pentru societatea modernă, iar punerea lor în acțiune declanșează comportamente pe care le putem cataloga drept tulburări de personalitate. Astfel de comportamente creează probleme fiindcă sunt nocive pentru individ și pentru societate (un comportament de atac poate fi util într-o societate primitivă, dar este inacceptabil în societatea modernă, în care va fi considerat antisocial).

Modelele de comportament care și-au avut rostul de-a lungul evoluției speciei umane: atac, rivalitate, fugă din fața pericolului etc. devin surse de probleme atunci când individul adoptă o atitudine inflexibilă, exagerată și necontrolată. Conform acestei concepții, tulburarea sau disfuncția sunt apreciate în termenii excesului, inflexibilității și frecvenței de manifestare. În opinia terapeuților cognitiviști, termenul de strategie este utilizat pentru a desemna structurile comportamentale complexe și stereotipe care au rolul de a satisface anumite trebuințe biologice.

În cazul tulburărilor de personalitate, strategiile au un caracter dezadaptativ pentru că acționează în detrimentul individului și societății. Beck și colaboratorii (1990) descriu principalele strategii comportamentale asociate tulburărilor de personalitate după DSM IV (1994), precum și schemele cognitive care stau la baza acestora.

Tabelul tulburărilor personalității, strategiilor comportamentale și schemelor cognitive
(Beck et al., 1990; apud Cottraux și Blackburn, 1995, p. 52)

Tulburarea personalității	Strategie	Schema cognitivă
Paranoidă	A fi permanent în gardă	Toți oamenii sunt adversari potențiali.
Schizoidă	Izolare	Am nevoie de mult spațiu personal.
Schizotipală	Comportament excentric Neîncredere	Lucrurile nu sunt ceea ce par să fie.
Antisocială	Atac	Ceilalți se află aici pentru ca eu să profit de ei.
Borderline	Impulsivitate	Nu pot să mă controlez.
Histrionică	Comportament teatralist	Trebuie neapărat să fac impresie.
Narcisică	Inflația ego-ului	Sunt o persoană excepțională.
Evitantă	Evitare	Ceilalți ar putea să mă lovească.
Dependentă	Atașament	Nu pot să fac nimic de unul singur.
Obsesiv-compulsivă	Perfecționism	Orice greșeală reprezintă o catastrofă.

Personalitățile schizotipală și borderline nu sunt incluse în tabelul inițial al lui Beck și colab. (1990), aceștia considerând că pacienții borderline utilizează strategii și scheme comune mai multor tulburări de personalitate, în timp ce schizotipalii se caracterizează mai ales prin comportament bizar și mai puțin prin prezența unor scheme cognitive.

Un alt element caracteristic teoriei cognitive a lui Beck și colab. (1990) se referă la influența mediului asupra comportamentului uman. Este în general acceptată ideea că există unele elemente înnăscute care acționează ca predispoziții pentru comportamentele viitoare și care pot să fie accentuate sau diminuate sub influența experiențelor trăite în decursul vieții. De pildă, un copil sensibil va reacționa mai puternic decât frații săi la situații curente cum ar fi să fie lăsat singur, să i se reprime dorințele sau să fie tachinat. Acesta va dezvolta o schemă cognitivă referitoare la sine ca o persoană nedemnă de afecțiune, precum și un comportament evitant. Schemele disfuncționale elaborate de copil pe baza interacțiunii ereditate–mediu pot să se permanentizeze sau să se modifice sub influența experiențelor personale trăite de-a lungul vieții.

Tulburările de personalitate și convingerile disfuncționale

Schemele cognitive

Rolul atitudinilor și convingerilor disfuncționale la subiecții cu tulburări emoționale a fost evidențiat mai ales în cadrul studiilor asupra depresiei (Beck, 1967; Blackburn și Cottraux, 1988) și anxietății (Beck și colab., 1985). În cazul tulburărilor personalității acționează alte tipuri de scheme cognitive, comparativ cu cele care stau la baza tulburărilor emoționale. Schemele cognitive reprezintă structuri cognitive profunde care înmagazinează cunoștințele și experiența individului într-un anumit domeniu și sunt determinate genetic. Acestea se referă la ceea ce știe individul despre sine însuși, despre ceilalți și despre lume în general. Schemele cognitive pot avea un conținut general sau restrâns, pot fi flexibile sau rigide, active sau latente.

Beck utilizează termenul de schemă într-un sens foarte larg, pentru a desemna atitudini și credințe fundamentale, postulate și reguli generale de conduită. Schemele cognitive se pot referi la aspecte legate de propria persoană, de familie, cultură, religie, sex-roluri, profesie etc.

Disfuncționalitatea schemelor derivă, așa cum am mai subliniat, din caracterul lor rigid, exclusivist și absolutist. Cognitiviștii disting două tipuri de credințe și supoziții, pe care Beck pare să nu le diferențieze suficient de clar (Cottraux și Blackburn, 1995):

- Convingeri condiționale, exprimate sub forma „dacă... atunci" („Dacă nu mă voi strădui permanent să le fac pe plac celorlalți, ei nu mă vor iubi.")
- Convingeri necondiționale, care sunt riguros definite și seamănă cu niște imperative categorice („Nu sunt suficient de bun pentru a fi iubit.")

Convingerile necondiționale reprezintă credințe cu caracter central și stau la baza unui ansamblu complex de scheme cognitive, care au un caracter mai stabil decât cele care se întâlnesc în cazul tulburărilor emoționale. Ele fac parte din structura obișnuită a subiectului și pot fi activate cu ușurință de diverse situații specifice vieții cotidiene.

Constelațiile de scheme cognitive

Reprezintă grupări de scheme care orientează subiectul într-o anumită direcție, în detrimentul alteia, determinându-l pe acesta să recurgă la opțiuni nefavorabile și ilogice. Schemele cognitive prezintă următoarele funcții (după Cottraux și Blackburn, 1995, p. 55):

- funcția de cunoaștere: abstracție, interpretare, evocare, memorie semantică și episodică;
- funcția afectivă: generarea unor reacții emoționale;
- funcția motivațională: declanșează trebuințele;
- funcția instrumentală: pregătește acțiunea;
- funcția evaluativă: autoevaluarea, inhibarea sau direcționarea acțiunii.

Activarea constantă, datorată unor evenimente de viață care se repetă, va confirma validitatea schemelor cognitive, conducând la un mod rigid de manifestare a personalității.

Aceste moduri pot să fie: narcisic, ostil, depresiv, dependent, temător, bazat pe supraevaluarea ego-ului sau teatral. Modurile de comportament reprezintă o modalitate de adaptare la realitate care este valabilă într-o anumită perioadă a existenței, dar dacă persistă, devine dezadaptativă. Astfel, a depinde de ceilalți poate reprezenta un comportament adaptat pentru un copil, dar nu și pentru un adult. În cazul în care adultul va continua să pună în practică această strategie într-o manieră persistentă și rigidă („Sunt o persoană slabă, sunt ca

un copil și am tot timpul nevoie de protecție."), se va constitui scenariul de viață al unei personalități dependente. Spre deosebire de tulburările dispoziției, schemele cognitive care stau la baza tulburărilor personalității au un caracter generalizat (se aplică la un număr mult mai mare de situații), permanent (sunt active aproape tot timpul), rigid (pacientul nu se îndoiește niciun moment de validitatea lor) și impenetrabil la contraargumentare.

De asemenea, schemele cognitive au aproape totdeauna un conținut negativ, indiferent de tulburarea de personalitate pe care o prezintă pacientul. Ceea ce diferențiază tulburările personalității una de alta sunt strategiile cognitive, emoționale și comportamentale adoptate de pacient pentru a face față schemei sale.

Schemele cognitive specifice tulburărilor de personalitate sunt mult mai dificil de modificat decât cele din cazul tulburărilor emoționale, deoarece sunt rigide, generalizate și se formează foarte timpuriu, în copilărie, pe baza interacțiunii traumatizante cu părinții sau cu alte persoane adulte, ele reflectând imaginea de sine a subiectului, opinia despre ceilalți și despre lume în general.

În cadrul psihoterapiei cognitiv-comportamentale este importantă nu numai identificarea credințelor și supozițiilor disfuncționale, ci și a comportamentului persoanei: ce face aceasta, cum solicită ajutor și cum își controlează trebuințele și interacțiunile cu cei din jur. Beck și colaboratorii (1990) (apud Cottraux și Blackburn, 1995) disting două forme de control:

– controlul intern, care implică autoevaluare, supoziții și predicții legate de propria persoană.

– controlul extern, care guvernează interacțiunile sociale.

Un subiect cu tulburare de personalitate dependentă își va închipui că ceilalți nu doresc să-l ajute („lor nu le pasă de mine; ei mă consideră slab și neajutorat; dacă le cer din nou să mă ajute, se vor sătura de mine") — control intern — și va deveni tot mai închis în sine și prost dispus — control extern. Beck, Freeman și colaboratorii (1990), reluând studiile lui Karen Horney (1950), definesc tulburările personalității în termenii unor strategii interpersonale care au un caracter disfuncțional pentru că generează:

- probleme care îl fac să sufere pe individul în cauză (ca în cazul personalității dependente);
- dificultăți în relațiile cu ceilalți sau cu societatea în general (personalitatea antisocială).

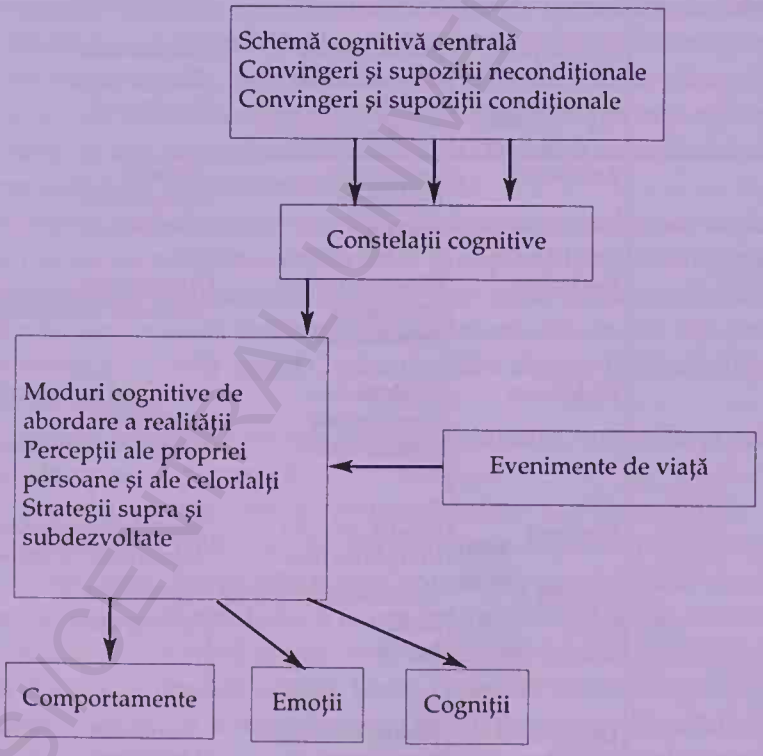
Aceste strategii interpersonale pot reprezenta comportamente supradezvoltate sau, dimpotrivă, subdezvoltate.

Strategiile interpersonale supradezvoltate și subdezvoltate în cazul tulburărilor de personalitate
(Beck et al.; 1990; modificat de Cottraux și Blackburn, 1995, p. 59)

Grupa de tulburări ale personalității	Tulburarea de personalitate	Comportamente supradezvoltate	Comportamente subdezvoltate
Grupa A	Paranoidă	Hipervigilență Neîncredere Suspiciune	Seninătate Încredere Acceptare
	Schizoidă	Autonomie Izolare	Intimitate Reciprocitate
	Schizotipală	Evitare socială Comportament excentric Gândire magică	Conformism Gândire logică Bunăvoință
Grupa B	Antisocială	Agresivitate Exploatare Atacare	Empatie Reciprocitate Sensibilitate
	Borderline	Hiperreactivitate emoțională Impulsivitate	Autocontrol Atașamente durabile
	Histrionică	Exhibiționism Impulsivitate Expresivitate	Controlul impulsurilor Organizare Comportament ponderat
	Narcisică	Inflația ego-ului Competitivitate	Împărțirea bunurilor Identificare cu grupul
Grupa C	Evitantă	Vulnerabilitate socială Evitare Inhibiție	Asertivitate Spirit gregar
	Dependentă	Nevoie de suport Atașament	Autonomie Mobilitate
	Obsesiv-compulsivă	Control exagerat Responsabilitate Perfecționism	Spontaneitate Frivolitate Comportament ludic Căldură afectivă

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Beck și colaboratorii (1990) subliniază faptul că strategiile interpersonale pot fi puse în aplicare pentru a compensa o schemă cognitivă negativă. Astfel, o personalitate narcisică va dezvolta strategii de tip narcisic pentru a-și reprima sentimentul de inferioritate, în timp ce obsesiv-compulsivul va dezvolta strategii de tip perfecționist pentru a combate regimul haotic în care a fost crescut. Prezentăm în continuare *modelul lui Beck asupra tulburărilor personalității (Beck și colab., 1990)*:



BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Schemele cognitive specifice tulburărilor de personalitate după DSM IV (APA 1994) (Cottraux și Blackburn, 1995)

• Personalitatea paranoidă

Este caracterizată prin suspiciune și neîncredere.

Subiecții se simt în permanență prost tratați, nu au încredere în ceilalți, pe care îi consideră surse de pericole, se simt insultați, atacați și etichetează drept lipsă de loialitate fapte care n-au nici o legătură cu aceasta. Există circumstanțe (conflicte, războaie) în care neîncrederea reprezintă o atitudine dezirabilă, dar în cazul persoanelor paranoide, aceasta devine o strategie permanentă, rigidă și globală care o determină să fie dezadaptativă.

Credințe fundamentale (scheme necondiționale)

Sunt vulnerabil.

Nu pot avea încredere în ceilalți.

Atitudini de bază (scheme condiționale)

Dacă nu sunt suspicios, ceilalți mă vor exploata.

Dacă oamenii par amabili, înseamnă că doresc să mă păcălească.

Inferențe (autocontrol)

Să nu ai niciodată încredere în nimeni.

Schemele cognitive care stau la baza tulburărilor de personalitate funcționează după cum se arată în figura de la pagina 580.

Modul de acțiune a schemelor cognitive (Cottraux și Blackburn, 1995, p. 61)

Stări afective

Mânie, anxietate.

Gânduri automate

„Ei încearcă să mă umilească."

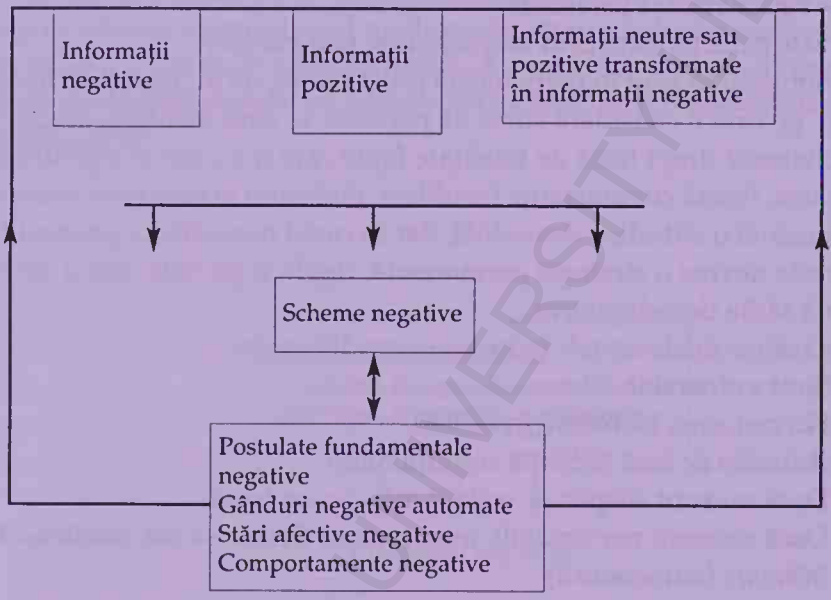
„Ei cred că doresc să le fac confidențe pentru a profita de pe urma mea."

„Acest coleg este prea amabil; înseamnă că ascunde ceva."

• Personalitatea schizoidă

Principalele criterii de diagnostic sunt detașarea față de ceilalți și inhibiția emoțională. Schizoidul se teme de faptul că ceilalți îi vor invada teritoriul. Este indiferent față de relațiile sociale, evită intimitatea

Funcționarea schemelor cognitive care stau la baza tulburărilor de personalitate



și nu admite încălcări ale libertății sale. Nivelul său de autonomie este excesiv de ridicat.

Credințe fundamentale (scheme necondiționale)

Nu sunt la fel ca ceilalți.

Raporturile strânse cu alți oameni nu fac decât să-ți creeze probleme.

Atitudini de bază (scheme condiționale)

Dacă îi las pe oameni să se apropie prea mult, viața mea va deveni insuportabilă.

Inferențe (control)

Fă toate lucrurile de unul singur.

Păstrează distanța.

Stări afective

Lipsă de rezonanță emoțională; jenă socială.

Gânduri automate

„Nu mă simt bine împreună cu ceilalți."

BCU IASI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

„Oamenii trebuie să mă lase singur."
„Nu sunt interesat de ceilalți."
„Nu înțeleg de ce sunt atât de fericiți atunci când se află împreună."

• **Personalitatea schizotipală**

Subiectul prezintă carențe serioase în ceea ce privește relațiile personale sociale, la fel ca și în cazul schizoizilor, de care se deosebește prin distorsionări cognitive mai ample și prin conduite excentrice. Emite adesea unele idei de tip paranoid. Întreaga lui concepție de viață are un caracter ciudat, el văzând permanent semne magice și misterioase.

Credințe fundamentale (scheme necondiționale)
Sunt un telepat, am forțe paranormale.
Trebuie să te îndoiești de ceilalți.
Atitudini de bază (scheme condiționale)
Dacă le spun oamenilor ceea ce gândesc, ei nu mă vor înțelege.
Oamenii vor crede că sunt un monstru și mă vor respinge.
Inferențe (control)
Fii atent la toate detaliile pentru că pot fi semne importante.
Ceilalți cred că sunt superstiții, dar eu știu mai mult decât ei.
Evită această persoană pentru că poartă ghinion.
Stări afective
Anxietate în relațiile sociale; inconsecvență.
Gânduri automate
„Oare ei mă supraveghează?"
„Eu știu ce gândesc ei."
„Nu pot suporta să fiu împreună cu alți oameni."
„Nu trebuie să-i vorbesc pentru că mi se va întâmpla o nenorocire."

• **Personalitatea antisocială**

Se caracterizează prin lipsă totală de respect pentru drepturile celorlalți, precum și printr-o rezistență activă față de orice regulă socială. Subiectul este înclinat să trișeze și să-i exploateze pe ceilalți. Este impulsiv și incapabil să ducă la bun sfârșit proiecte pe termen lung.

Credințe fundamentale (scheme necondiționale)
Am dreptul să obțin ceea ce doresc.
Oamenii sunt făcuți pentru a fi exploatați de mine.
Atitudini de bază (scheme condiționale)

Dacă nu profit de ei, vor profita ei de mine.
Dacă doresc ceva, voi obține.
Inferențe (control)
Dorești acel lucru, obține-l.
Dacă el te supără, lovește-l.
Stări afective
Irascibilitate; indiferență.
Gânduri automate
„Sunt foarte abil, ei nu vor ști niciodată ce intenții am."
„Îmi bat joc de ceea ce gândesc ei."
„O să vadă ei cine este mai puternic."
„Dacă sunt furios, trebuie să fac ceva."

• Personalitatea borderline

Se caracterizează printr-o instabilitate extremă a dispoziției, a relațiilor interpersonale și a imaginii de sine. Subiecții sunt foarte impulsivi, declanșează reacții emoționale negative și au rezistență foarte scăzută la frustrare.

Credințe fundamentale (scheme necondiționale)
Nu dețin controlul asupra mea.
Nimeni nu mă înțelege.
Atitudini de bază (scheme condiționale)
Dacă nu voi face ceea ce doresc ceilalți de la mine, ei mă vor abandona.
Nimeni nu va dori să fie cu mine dacă mă va cunoaște cu adevărat.
Dacă nu îmi voi putea controla emoțiile, se va declanșa o catastrofă.
Inferențe
Fă-ți un rău pentru a simți ceva.
Nu-ți face prieteni, ei te vor lovi.
Ești o persoană rea, pedepsește-te.
Stări afective
Anxietate; depresie; mândrie.
Gânduri automate
„Voi fi totdeauna singur."
„Suferința pe care o resimt este intolerabilă."
„Am făcut rău că m-am încrezut în această persoană pentru că acum mă disprețuiește."

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

• **Personalitatea histrionică**

Se caracterizează prin reacții emoționale excesive și tendința permanentă de a capta atenția celorlalți. Subiecții sunt egocentrici și își dramatizează relațiile. Aceștia au nevoie de ceilalți și sunt foarte influențabili.

Credințe fundamentale (scheme necondiționale)

Sunt incapabil să-mi organizez existența.

Știu să farmec oamenii pentru ca ei să mă ajute și să mă iubească.

Atitudini de bază (scheme condiționale)

Dacă nu mă voi face remarcat, nu voi plăcea.

Pentru a obține ceea ce doresc, trebuie să-i fascinez sau să-i distrez pe ceilalți.

Inferențe

Fă-te remarcat.

Caută să placi, cochetează puțin.

Poartă haine care ies din comun.

Stări afective

Se plictisește rapid; deprimare; veselie.

Gânduri automate

„Ceilalți mă consideră irezistibil."

„Sunt o persoană fermecătoare și amuzantă."

„Ceilalți nu mă remarcă suficient."

„Această persoană este formidabilă, dar celelalte două sunt îngrozitoare."

• **Personalitatea narcisică**

Particularitatea principală o constituie inflația ego-ului, nevoia de a fi admirat și lipsa de empatie. Subiecții narcisici își exagerează reușitele și talentele, se consideră excepționali și solicită un tratament de excepție.

Credințe fundamentale (scheme necondiționale)

Sunt o persoană excepțională.

Ceilalți îmi sunt inferiori și îmi datorează respect.

Atitudini de bază (scheme condiționale)

Dacă sunt superior celorlalți, trebuie să fiu tratat ca atare.

Dacă oamenii nu îmi acordă respectul cuvenit, ei trebuie pedepsiți.

Dacă nu sunt admirat și nu mi se fac complimente, înseamnă că nu sunt apreciat la justa mea valoare.

Inferențe
Povestește-le tot ce ai realizat.
Nu te preocupa de reguli, ele nu sunt pentru tine.
Ceilalți trebuie să-mi cedeze locul, pentru că le sunt superior.
Stări afective
Depresie; mânie.
Gânduri automate
„Ei nu știu cu cine au de-a face."
„Nevoile mele sunt mai importante decât ale celorlalți."
„Eu nu trebuie să stau la rând."
„Ceilalți sunt niște nulități."

• **Personalitatea evitantă**

Subiecții sunt inhibați în relațiile sociale, nu au încredere în ei și sunt hipersensibili la critică sau la remarci care le sunt defavorabile. Se simt jenați în diferite situații sociale, sunt anxioși dacă li se evaluează activitățile și evită să-și asume riscuri.

Credințe fundamentale (scheme necondiționale)
Sunt o persoană lipsită de valoare, nu pot să plac.
Ceilalți oameni îmi sunt superiori.
Atitudini de bază (scheme condiționale)
Dacă ceilalți mă vor cunoaște cu adevărat, ei mă vor respinge.
Dacă voi întreprinde vreo acțiune, voi deveni ridicol.
Inferențe
Nu trebuie să-ți asumi riscuri.
Nu trebuie să trăiești emoții puternice, pentru că nu le-ai putea suporta.
Stări afective
Anxietate; tensiune psihică; depresie.
Gânduri automate
„Voi eșua cu siguranță."
„Ceilalți nu mă iubesc."
„Sunt o persoană slabă."

• **Personalitatea dependentă**

Subiecții se caracterizează printr-o nevoie exagerată de protecție, ajutor și încurajare. Sunt supuși, se agață de ceilalți și trăiesc permanent cu teama că vor fi abandonați. Au dificultăți în luarea deciziilor, sunt lipsiți de inițiativă și nu își asumă responsabilități. Se tem de singurătate și ar face orice pentru a câștiga afecțiunea și suportul celorlalți.

Credințe fundamentale (scheme necondiționale)
Sunt slab și incapabil să mă descurc singur.
Ceilalți sunt mai puternici și pot să mă ajute.
Atitudini de bază (scheme condiționale)
Dacă nu voi fi iubit, mă voi simți în permanență nefericit.
Dacă nu va exista o persoană puternică să mă sprijine, voi fi pierdut.
Dacă nu mă ajută cineva ori de câte ori am nevoie, mă voi prăbuși.
Inferențe (control)
Nu contrazice pe nimeni, pentru că ai nevoie de oameni.
Fă tot ce îți cer ceilalți, chiar dacă este dificil.
Nu lua niciodată decizii de unul singur.
Stări afective
Anxietate; depresie.
Gânduri automate
„Nu pot să fac nimic de unul singur."
„Nu pot suporta să fiu abandonat."
„Ceilalți s-au plictisit de mine."

• **Personalitatea obsesiv-compulsivă**

Subiecții se caracterizează printr-o dorință exagerată de ordine și perfecțiune, prin rigiditatea autocontrolului și a relațiilor interpersonale. Persoanele aplică regulile ad-literam, fapt ce le reduce eficiența personală. Munca se află pentru ei pe primul loc, comparativ cu toate celelalte sectoare ale vieții.
Credințe fundamentale (scheme necondiționale)
Sunt responsabil pentru mine și pentru ceilalți.
Ceilalți oameni nu sunt demni de încredere.
Atitudini de bază (scheme condiționale)
Dacă nu voi reuși în proporție de 100%, va fi un eșec total.
Dacă nu îmi voi îndeplini datoria în mod precis și sistematic, se va întrona haosul.
Ceilalți oameni trebuie să fie punctuali și să-și țină promisiunile.
Inferențe (control)
Trebuie să prevezi cele mai mici detalii.
Realizează totul prefect, pentru că altfel nu are valoare.
Trebuie să menții permanent cel mai înalt standard de performanță.
Stări afective
Anxietate; depresie.

BCU CLUJ UNIVERSITY LIBRARY

Gânduri automate

„Nu trebuie să comit nici o eroare."

„Dacă greșesc, va fi o catastrofă."

„Trebuie să fac totul singur, pentru că altfel se va strecura o greșeală."

„Ar trebui să fac ceva util, în loc să citesc acest roman."

Modelul cognitiv al tulburărilor personalității realizat de Young (1990)

Concepția lui Young (1990) este centrată pe conceptul de schemă cognitivă dezadaptativă specifică perioadei copilăriei și se deosebește de cea a lui Beck sub următoarele aspecte:

- autorul acordă o importanță deosebită schemelor cognitive dezadaptative timpurii;
- subliniază importanța proceselor care contribuie la menținerea rigidității schemelor;
- nu ține seama de criteriul de diagnostic stabilit de manualele DSM III-R și DSM IV, examinând schemele cognitive dezadaptative oarecum independent de tulburările de personalitate pe care le determină;
- analizează istoria vieții pacientului pentru a explica modul de formare a schemelor disfuncționale și utilizează datele obținute în cadrul demersului psihoterapeutic;
- acordă un rol însemnat laturii afective în cursul terapiei.

Plecând de la modelul cognitiv preconizat de Beck și colaboratorii (1979), autorul insistă asupra a patru aspecte fundamentale:

1. Schemele dezadaptative timpurii.
2. Procesul de menținere a schemelor prin intermediul distorsionărilor informației.
3. Procesul de evitare a schemelor disfuncționale.
4. Procesul de compensare a acestora.

Trebuie subliniat faptul că aceste probleme sunt atinse și de Beck și colaboratorii (1990), dar Young este cel care aduce unele precizări suplimentare. Autorul nu are pretenția de a elabora o teorie comple-

BCU "Lucian Blaga" UNIVERSITY LIBRARY

tă asupra tulburărilor personalității, afirmând că teoretizările sale reprezintă rodul unor observații clinice, precum și al experienței terapeutice.

Schemele dezadaptative timpurii

Young (1990) acordă termenului de schemă cognitivă un sens asemănător cu cel atribuit de Beck și Segal (1988). În concepția sa, schemele reprezintă structuri organizate de elemente formate în urma experiențelor și reacțiilor trecute, care alcătuiesc un ansamblu coerent de cunoștințe, relativ durabile, capabile să ghideze modul de percepere și evaluare a datelor realității. Schemele dezadaptative timpurii reprezintă structuri profunde, formate încă din copilărie și care vor servi drept cadru pentru interpretarea experiențelor ulterioare. În viziunea autorului, caracteristicile schemelor dezadaptative timpurii sunt următoarele:

1. Ele reprezintă pentru individ realități incontestabile, esențiale și absolute. Modelul unei scheme condiționale este: dacă, atunci, iar pe baza acestora se formează imperative categorice: „eu va trebui; ei vor trebui", care devin realități de necombătut.

2. Schemele disfuncționale au tendința de a se perpetua și sunt dificil de modificat. Formate la o vârstă timpurie, ele reprezintă adevăruri absolute referitoare la propria persoană, la ceilalți și la lume în general, adevăruri care au un caracter habitual și familiar. Orice modificare a acestor scheme constituie o amenințare pentru subiect, care va face efortul de a proteja validitatea și integritatea acestor constructe mentale.

3. Schemele cognitive disfuncționale timpurii pot conduce la apariția unor disfuncții nevrotice, precum și a unor tulburări de personalitate.

4. Acestea sunt activate de evenimente de viață care au legătură cu conținutul lor. Astfel, un eșec real sau perceput ca atare, ori criticile din partea celorlalți vor activa schema legată de competență, și individul se va simți amenințat. De asemenea, o respingere posibilă sau estimată va activa schema de abandon.

5. Activarea unei scheme cognitive timpurii în timpul psihoterapiei va declanșa o stare emoțională accentuată la pacient (mânie, rușine, culpabilitate etc.).

6. Schemele cognitive dezadaptative timpurii reprezintă rezultatul unor experiențe repetitive sau habituale din copilărie.

Părinții au un rol hotărâtor în formarea acestor scheme, deși există și alte persoane care pot contribui la acest proces: frați, alți copii, adulți semnificativi (învățători, profesori), atitudinile lor conducând la formarea și dezvoltarea unor convingeri fundamentale ale subiectului referitoare la propria persoană.

Schemele cognitive timpurii disfuncționale sunt menținute prin intermediul a trei procese:

1. Distorsionarea informațiilor

În tendința sa de a-și conserva schemele cognitive timpurii, subiectul va distorsiona informațiile provenite din lumea externă: informațiile care confirmă schema vor fi reținute, amplificate, suprageneralizate și personalizate, în timp ce acelea care infirmă schema vor fi minimalizate, ignorate, distorsionate sau respinse.

Atunci când validitatea schemelor cognitive este pusă în discuție de către terapeut, rezistențele pacientului se activează pentru că acesta are tendința conștientă sau inconștientă de a percepe și evalua doar acele informații care îi confirmă convingerile. Comportamentele corespunzătoare schemelor disfuncționale timpurii, care au fost utile atunci când s-au format, dar care persistă în viața adultă, sunt foarte dificil de modificat, pacientul fiind foarte rezistent la schimbare. Așa se explică de ce mulți oameni repetă permanent același tip de greșeli (o pacientă s-a căsătorit a treia oară tot cu un bărbat alcoolic).

2. Menținerea schemelor prin intermediul evitării

Intensitatea emoțiilor negative asociată cu activarea schemelor precoce determină pacientul să pună în aplicare procedee, conștiente sau inconștiente, pentru a bloca orice elemente legate de schema respectivă.

Aceste procese sunt similare mecanismelor de apărare a ego-ului descrise de psihanaliză, dar catalogarea lor drept strategii permite psihoterapeutului să-l învețe pe pacient să pună sub semnul îndoielii schema cognitivă, fără să aștepte producerea vreunui *insight* (iluminare).

Strategiile de evitare pot fi cognitive, presupunând un proces de blocare voluntară sau automată a gândurilor, amintirilor sau imaginilor. Pacientul afirmă că nu dorește să se gândească la un anumit subiect sau că a uitat despre ce este vorba. Refuzul sau incapacitatea de

a se concentra asupra unei probleme reprezintă un obstacol serios în calea psihoterapiei. Evitarea afectivă constituie o barieră și mai greu de depășit. Pacientul se descrie pe sine însuși ca fiind golit de sentimente, incapabil să resimtă tristețe, teamă sau mânie. Astfel, un pacient cu tulburare de personalitate de tip borderline poate să se automutileze fără a simți durere.

Evitarea comportamentală este mai evidentă și mai ușor controlabilă. Subiectul în cauză evită situațiile care contribuie la activarea unor scheme disfuncționale care îi provoacă stări afective negative (evenimentele sociale vor fi evitate de subiecții cu tulburare de personalitate evitantă, care se cred antipatici, iar cele competitive de către cei care se cred incapabili).

Aceste manevre sau strategii de evitare au drept consecință faptul că subiectul nu se confruntă cu schema sa cognitivă, nu îi poate pune la îndoială validitatea și nu adună date care să conducă la infirmarea acesteia.

3. Menținerea schemelor cognitive disfuncționale prin intermediul unor mecanisme compensatorii

Conceptul de compensare utilizat de Young (1990) se suprapune oarecum peste cel de formațiune reacțională din psihanaliză. Astfel, o persoană dependentă se va apăra adoptând un comportament exagerat de autonom, neaceptând nici un fel de sprijin din partea celorlalți, nici un sfat și nepermițându-le acestora să devină prea apropiați. De asemenea, un subiect care se subestimează și a cărui schemă cognitivă timpurie are la bază lipsa de afecțiune poate dezvolta un comportament specific unei personalități narcisice, iar un individ care se crede incapabil poate deveni perfecționist.

Compensarea reprezintă o modalitate de depășire a unei scheme disfuncționale. Aceasta poate, până la un punct, să aibă un caracter adaptativ, cu condiția să nu genereze o structură rigidă și persistentă. Din nefericire, în cazul tulburărilor personalității, fenomenele compensatorii maschează punctele slabe ale personalității, făcându-le dificil de abordat și modificat. Pacientul devine excesiv de vulnerabil sub aspect emoțional atunci când schema sa cognitivă disfuncțională este evidențiată.

Psihoterapia centrată pe schema cognitivă integrează o serie de tehnici cognitive, comportamentale, experiențiale și interpersonale de intervenție terapeutică, conceptul de schemă cognitivă reprezentând

elementul integrator. Specifice pentru acest tip de psihoterapie sunt următoarele elemente:

- utilizarea într-o mai mare măsură a relației pacient–terapeut ca instrument al schimbării;
- acordarea unei atenții sporite experiențelor emoționale timpurii și rolului pe care îl joacă acestea în etiologia unor tulburări psihice;
- declanșarea unor stări afective în timpul ședințelor de psihoterapie prin intermediul tehnicii imaginației dirijate și a jocului de rol;
- demersul psihoterapeutic are o durată mult mai lungă, mai ales atunci când sunt abordați pacienți cu tulburări de personalitate.

Dacă psihoterapia cognitivă se concentra asupra gândurilor negative și supozițiilor disfuncționale care stau la baza lor, terapia centrată pe schema cognitivă consideră că schema dezadaptativă timpurie reprezintă nivelul cel mai profund al cogniției și afectelor. Young (1994) definea această schemă ca o structură profundă și persistentă de convingeri referitoare la propria persoană și la relațiile cu ceilalți, structură care se dezvoltă în copilărie, se consolidează de-a lungul vieții și are un pronunțat caracter disfuncțional.

Metodele psihoterapiei cognitiv-comportamentale pentru pacienți cu tulburări de personalitate

Marea majoritate a psihoterapeuților consideră că pacienții cu tulburări de personalitate sunt netratabili, iar în situațiile în care totuși se obțin rezultate, avem de-a face cu simulanți sau cu erori de diagnostic. Acești pacienți sunt mai greu de tratat decât cei cu tulburări emoționale, din cauza rigidității și persistenței trăsăturilor lor psihopatologice. Ei prezintă probleme care se repercutează asupra tuturor sectoarelor vieții: profesie, dispoziție afectivă și relații interprofesionale. Problemele lor sunt de lungă durată și pacienții nu sunt motivați să se schimbe, ei fiind convinși de faptul că modificarea este improbabilă sau chiar imposibilă. Cu toate acestea, aproximativ 50% din pacienții tratați în clinicile de psihiatrie prezintă și tulburări de

personalitate (Turkat și Maisto, 1985). Aceștia sunt tratați inițial pentru probleme emoționale și abia ulterior terapeutul își va da seama că are de-a face cu aspecte mai profunde, specifice tulburărilor de personalitate.

Cercetările din ultimii ani au adus dovezi în sprijinul eficienței psihoterapiei cognitiv-comportamentale în tulburările personalității. Beck și colaboratorii (1979) au pus la punct o serie de strategii cognitiv-comportamentale pentru această categorie de pacienți, strategii care reprezintă o extensie a celor utilizate în cazul tulburărilor emoționale. Lyden și colaboratorii (1993) au realizat studii asupra tulburării de personalitate tip borderline, iar Pretzer și Fleming (1989) au elaborat un ghid practic de terapie cognitiv-comportamentală pentru pacienții cu tulburări de personalitate. Menționăm, totodată, studiile și aplicațiile practice ale lui Young (1990), bazate pe schemele cognitive dezadaptative timpurii.

De asemenea, Turkat și colaboratorii (1985) au propus un plan terapeutic detaliat pentru subiecți cu tulburări de personalitate, pornind de la analiza funcțională a fiecărui caz individual, pe baza căreia se realizează o conceptualizare a tuturor problemelor și se stabilesc ipotezele de lucru care sunt verificate pe parcursul demersului terapeutic.

Succesele confirmă ipotezele formulate, în timp ce eșecurile impun stabilirea unor noi ipoteze.

Atitudinea terapeutului în cazul tratării persoanelor cu tulburări de personalitate

Psihoterapeutul obișnuit să trateze pacienți cu tulburări emoționale trebuie să-și modifice expectațiile pentru a nu dezvolta, la rândul său, atitudini negative ca reacție la negativismul pacienților. În cazul în care terapeutul se așteaptă la un eșec, acesta va fi mai deprimat, mai puțin motivat să lucreze, mai obosit și chiar va manifesta tendința de a trimite pacientul unui coleg. Atitudinea sa va fi comunicată pacientului prin intermediul limbajului verbal și nonverbal, confirmând și întărind sentimentele acestuia de neputință și disperare.

Ținând seama de specificul tulburărilor de personalitate, rigiditatea schemelor cognitive, tendința de evitare, dificultățile ce apar în cadrul relațiilor interpersonale, terapeutul va trebui să anticipeze faptul că modificările vor avea un caracter mai lent, terapia putând dura un an sau chiar doi ani.

Freeman și Jackson (1998) au introdus o serie de modificări în cadrul demersului psihoterapeutic cognitiv-comportamental în cazul pacienților cu tulburări de personalitate:

1. Accentuarea conceptualizării fiecărui caz în parte înainte de a stabili strategiile terapeutice.
2. Adoptarea unui demers colaborativ, cu obiective clar și precis identificate, asupra cărora cad de acord terapeutul și pacientul.
3. Utilizarea unor tehnici de reducere a anxietății și de motivare a pacienților.
4. Focalizarea demersului terapeutic asupra identificării și modificării schemelor cognitive disfuncționale de bază.
5. Stabilitatea și consecvența cadrului metodologic în care se desfășoară psihoterapia.
6. Intensificarea eforturilor terapeutului în cursul ședințelor de psihoterapie.
7. Creșterea capacității terapeutului de a tolera transferul negativ din partea pacientului.
8. Stabilitatea unei legături între acțiunile pacientului și stările sale emoționale.
9. Utilizarea unor strategii menite să conducă la reducerea efectului gratificant al conduitelor autodistructive.
10. Blocarea comportamentelor de tip teatral.
11. Focalizarea interpretărilor și clasificărilor asupra aspectelor prezente („aici și acum").
12. Acordarea unei atenții deosebite sentimentelor de contratransfer ce apar în timpul psihoterapiei.

Freeman și Jackson (1980) prezintă o serie de factori care îngreunează demersul terapeutic la pacienții cu tulburări de personalitate:

Factorii ce țin de pacient

1. Absența abilităților pacientului de a se conforma solicitărilor și cerințelor psihoterapeutului. Fiind vorba de o tulburare cronică de personalitate, pacientul prezintă, de regulă, deficiențe în sfera abilităților de a face față unor solicitări.
2. Pacientul a acumulat experiențe negative referitoare la eșecurile demersurilor terapeutice întreprinse anterior.
3. Pacientul poate nutri convingerea că, dacă se va schimba, se va îndepărta de cei apropiați sau îi va face pe aceștia să sufere.

4. Existența unui beneficiu secundar al pacientului de pe urma menținerii simptomului (avantajul de a fi bolnav sau invalid îl situează în centrul atenției celorlalți).

5. Pacientul se poate teme de schimbare pentru că un rău cunoscut e preferabil unuia necunoscut.

6. Absența motivației: pacientul nu apreciază faptul că va obține suficiente avantaje de pe urma terapiei, avantaje care să merite eforturile întreprinse.

7. Pacientul poate considera că statutul său social este unul inferior dacă urmează psihoterapia (va fi considerat bolnav, dezechilibrat sau nebun).

8. Pacientul poate avea abilități reduse în ceea ce privește automonitorizarea gândurilor, sentimentelor sau comportamentelor, fapt ce îngreunează demersul terapeutic.

9. Pacientul poate avea dificultăți în observarea și înțelegerea comportamentului celorlalți, acesta ignorând ceea ce pentru alte persoane reprezintă informații importante și evidente.

10. Pacientul adoptă un stil narcisic și de blamare a celorlalți, considerând că problemele cu care se confruntă nu țin de structura personalității sale.

Factori patologici

1. Rigiditatea psihică a pacientului, precum și nevoia acestuia de a menține lucrurile neschimbate reprezintă un obstacol în calea schimbării.

2. Existența unor probleme medicale supraadăugate.

3. Dificultățile ce se manifestă în identificarea adevărului creează probleme în stabilirea și menținerea relației terapeutice.

4. Nevoia excesivă de independență și autonomie a unor pacienți cu tulburări de personalitate împiedică sau prejudiciază alianța terapeutică.

5. Impulsivitatea pacienților vine în contradicție cu caracterul planificat deliberat și directiv al demersului psihoterapeutic.

6. La unii pacienți cu tulburări de personalitate, mai ales la cei schizotipali și borderline, pot apărea în timpul terapiei stări de confuzie.

7. Abilitățile cognitive limitate, care se pot manifesta la pacienții cu deficiențe mentale, în urma unor traumatisme cranio-cerebrale, a consumului excesiv de alcool sau droguri, sau pot fi consecința unor

stări depresive, constituie, de asemenea, o piedică în evoluția psihoterapiei.

8. Complexitatea și profunzimea simptomelor.

9. Dependența excesivă poate conduce la menținerea simptomelor pacientului cuprins de teama de a nu fi abandonat de către terapeut.

10. Tendința către autodevalorizare, comună mai ales depresivilor, dar și personalităților dependentă și evitantă, poate constitui, la rândul său, un obstacol în calea terapiei.

11. Lipsa energiei și elanului vital, specifică depresivilor, schizoizilor și schizotipalilor, îl împiedică pe pacient să se angajeze în demersuri susținute în vederea schimbării.

12. Un alt factor care frânează demersul terapeutic ține de comportamentul disociativ, caracteristic mai ales tulburării de personalitate de tip borderline.

Factorii de ambianță

1. Situațiile stresante din mediul profesional, familial, social pot împiedica pacientul să participe la terapie.

2. Persoanele semnificative din anturajul pacientului pot desfășura acțiuni deschise sau implicite de sabotare a terapiei și de subminare a prestigiului terapeutului.

3. Pierderea avantajelor materiale care decurg din starea sănătății mentale a pacientului (poate pierde pensia medicală).

4. Anumite grupări culturale sau religioase pot să se pronunțe împotriva terapiei, încercând să controleze viața membrilor lor.

5. Sistemul familial se află într-un echilibru homeostatic, echilibru ce ar putea fi perturbat de o posibilă schimbare.

6. Existența unei patologii colective în familie va face schimbarea dificilă sau chiar imposibilă.

Factorii ce țin de terapeut

1. Insuficienta abilitate și experiență a terapeutului în activitatea cu pacienți cu tulburări de personalitate care se numără printre cei mai dificili subiecți.

2. Terapeutul și pacientul prezintă același tip de distorsionări cognitive (astfel, pacientul poate fi neîncrezător în șansele de vindecare, iar terapeutul îl aprobă în mod implicit).

3. Terapeutul nu a reușit să explice pacientului utilitatea și principiile terapiei cognitiv-comportamentale.

4. Slaba alianţă terapeutică sau absenţa acesteia.

5. Terapeutul nu deţine suficiente informaţii cu privire la problemele pacientului şi stabileşte planul de terapie prin tatonări succesive.

6. Narcisismul psihoterapeutului, care este atât de convins de puterea sa, încât stabileşte obiective imposibil de atins pentru pacient, punând eşecurile pe seama acestuia din urmă.

7. Planificarea defectuoasă a timpului afectat terapiei poate avea efecte contraproductive asupra acesteia.

8. Obiectivele terapiei nu sunt precizate, sunt vagi sau nerealiste.

9. Absenţa acordului reciproc referitor la obiectivele terapiei şi strategiile de intervenţie.

Obiectivele psihoterapiei

Problemele psihopatologice ale acestor pacienţi se datorează schemelor cognitive necondiţionale şi condiţionale care structurează modul lor de a percepe şi interpreta realitatea, emoţiile şi comportamentul. Obiectivul psihoterapiei îl reprezintă modificarea acestor scheme disfuncţionale.

Acesta nu poate fi atins decât după rezolvarea problemelor asociate care ţin de axa I a manualului DSM IV (tulburări emoţionale). Astfel, pacientul poate prezenta depresie, atacuri de panică, agorafobie, tulburări obsesiv-compulsive etc., tulburări care trebuie abordate la începutul terapiei.

Abia după reducerea acestor simptome se va trece la abordarea schemelor cognitive disfuncţionale de bază. Beck, Freeman şi colaboratorii (1990) descriu următoarele procedee de modificare a schemelor cognitive:

1. Înlocuirea schemelor

Implică o reconstrucţie a unei scheme cognitive, respectiv înlocuirea celei disfuncţionale cu una nouă. Acest obiectiv ambiţios a fost urmărit de psihanalişti, care îşi propuneau restructurarea profundă a personalităţii. Din păcate însă, acest lucru este foarte dificil de realizat, dacă nu chiar imposibil, având în vedere timpul şi energia de care dispun pacientul şi psihoterapeutul.

Un exemplu de asemenea modificare ar fi transformarea unui pacient obsesiv-compulsiv într-o persoană care nu-şi face griji, nu se teme de pericole, nu acordă atenţie detaliilor, nu se preocupă de

calitatea muncii sale și nu verifică ceea ce întreprinde. Este evident că astfel de modificări nu sunt posibile și adesea nici nu sunt de dorit.

2. Modificarea schemelor

Reprezintă un obiectiv accesibil și presupune schimbarea unor aspecte ale schemei pentru a o determina să devină mai adaptată. Astfel, un subiect paranoid va învăța să aibă încredere în câteva persoane, în loc să se îndoiască de toată lumea, iar obsesivul va putea să tolereze anumite imperfecțiuni și să-și acorde un moment de răgaz pentru relaxare.

3. Readaptarea schemelor

În cazurile mai dificile, terapeutul îl va ajuta pe pacient să conștientizeze strategiile dezadaptative și să utilizeze schemele respective în situații în care acestea se potrivesc. Astfel, subiectul obsesiv-compulsiv ar putea profita de pe urma perfecționismului său, alegându-și o profesie în care să acorde atenție detaliilor fără a fi presat de timp, cum ar fi cercetarea științifică, controlul activității celorlalți sau contabilitatea.

4. Camuflarea schemelor

Se recurge la acest procedeu atunci când schema disfuncțională nu poate fi nici reconstruită, nici modificată, nici readaptată. În astfel de cazuri, pacientul este ghidat să aplice modele comportamentale care disimulează schema. Astfel, pacientul schizoid poate părea mai sociabil dacă își modifică unele comportamente: îi va saluta pe ceilalți, îi va privi în ochi, le va vorbi etc.

Rezistențele la modificări terapeutice

În toate cazurile, contestarea validității schemei provoacă anxietate și chiar ostilitate din partea pacienților. Terapeutul îi va preveni în legătură cu aceste fenomene, explicându-le faptul că este normal să reacționeze astfel.

Prezentăm în continuare dialogul dintre terapeut și Delia, o traducătoare în vârstă de 37 de ani, cu tulburarea de personalitate evitantă.

Delia: Nu mă pot schimba pentru că am fost întotdeauna așa. Dacă m-aș comporta altfel, m-aș simți și mai speriată.

Terapeutul: Desigur, schimbările sunt totdeauna dificile. De cât timp te consideri o incapabilă? Ai 37 de ani, așa că probabil de vreo 30 de ani, nu-i așa?
Delia: La vârsta mea nu te mai schimbi.
Terapeutul: Acum am înțeles care este problema și, dacă vom lucra împreună pentru a verifica adevărul opiniei pe care o ai despre tine și dacă vom ajunge la concluzia că este vorba de o convingere greșită, crezi că ai putea încerca să te schimbi?
Delia: Cum să fac asta? Nu cred că a reușit cineva să se schimbe cu adevărat.
Terapeutul: Când ai venit la psihoterapie erai atât de deprimată încât credeai că nu vei ieși niciodată din starea ta. Acum te simți mai puțin tristă și ți-ai luat chiar câteva ore la facultate.
Delia: Este adevărat că mă simt ceva mai bine de vreo două luni încoace.
Terapeutul: Iată o dovadă a faptului că schimbările sunt posibile.
Delia: Poate că aveți dreptate.
Terapeutul: Vom lucra împreună pentru a descoperi alte modalități de a vedea lucrurile, de a te comporta în lume, pentru a-ți schimba opinia cu privire la persoana ta. Până la ora actuală ai fost convinsă că ești incapabilă pe toate planurile. Va trebui să ajungi la concluzia că ești la fel ca și ceilalți oameni: foarte capabilă în anumite domenii, moderat capabilă în alte domenii și puțin sau deloc în altele.

Evidențierea schemelor cognitive

Blackburn și Cottraux (1988) prezintă o listă de metode cognitiv-comportamentale pentru evidențierea schemelor cognitive în depresii, listă care este valabilă și în cazul tulburărilor personalității:

- generalizarea pe baza exemplelor concrete;
- verbalizarea sensurilor implicite care apar în cadrul comunicării;
- evidențierea regulilor personale de viață în cadrul inferențelor automate;
- identificarea convingerilor de bază prin metoda săgeții inversate.

Prezentăm mai jos un astfel de dialog realizat între terapeut și Dan, artist plastic, diagnosticat cu tulburare de personalitate narcisică.

Terapeutul: Care este consecința faptului că Marina nu te admiră; ce reprezintă acest lucru pentru tine?
Dan: Că este o proastă și că nu-i voi mai face onoarea să o frecventez.
Terapeutul: Presupunând că nu o vei mai frecventa, ce reprezintă aceasta pentru tine?
Dan: Voi avea sentimentul eșecului, deși eu nu eșuez aproape niciodată.
Terapeutul: Ce sentimente vei trăi atunci?
Dan: De tristețe sau rușine, dar voi face tot posibilul ca acest lucru să nu se întâmple.

În urma acestui dialog rezultă:

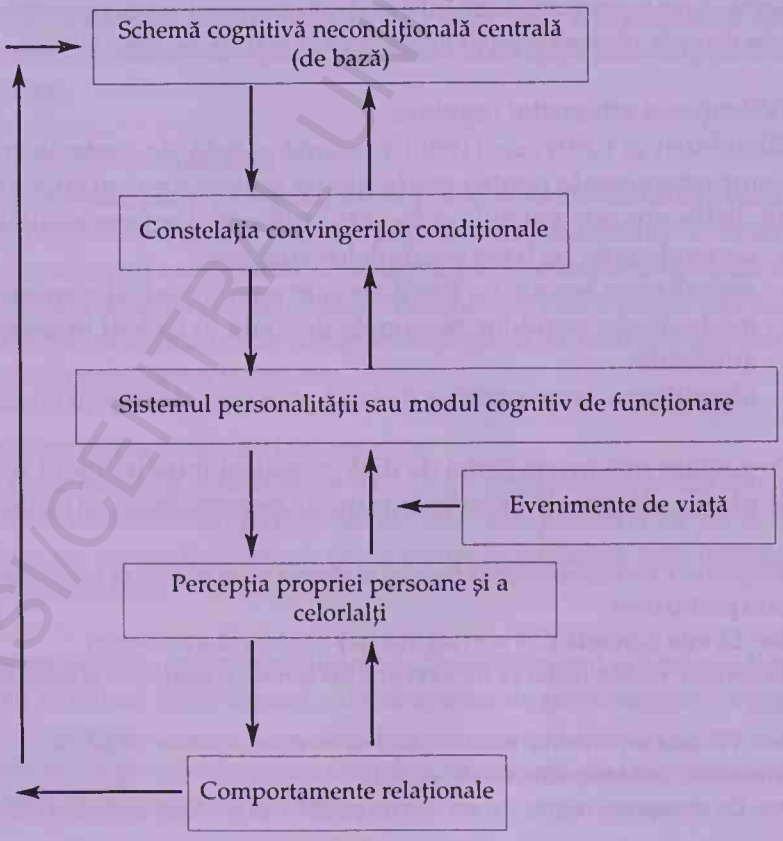
Schema centrală necondiţională: inferioritate, ruşine.

Schema condiţională: „Dacă sunt admirat de toată lumea, în toate împrejurările, sunt o persoană valoroasă".

Metoda analizei funcţionale în terapia tulburărilor de personalitate

Se utilizează în cursul primelor trei sau patru şedinţe de psihoterapie şi serveşte la conceptualizarea fiecărui caz în parte. Terapeutul va porni de la baza schemei, respectiv de la analizarea comportamentelor relaţionale specifice interacţiunii pacient-terapeut, ajungând în mod progresiv la schema cognitivă necondiţională de bază.

Schema analizei funcţionale a tulburărilor de personalitate
(după Blackburn şi Cottraux, 1995, p.128)



BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Prezentăm, spre exemplificare, rezultatul analizării unei *personalități narcisice*.

Imagine de sine:

„Sunt o persoană unică, specială și superioară."

Perceperea lumii înconjurătoare:

„Sunt deasupra legilor și regulilor sociale."

Strategie de bază:

– inflația ego-ului

Comportament:

– exigent cu ceilalți, disprețuitor, îi manipulează pe ceilalți, se folosește de ei, competitiv

Strategie supradezvoltată:

– egocentrism

Strategie subdezvoltată:

– empatie, împărtășirea valorilor grupului, compasiune

Emoții:

– agresivitate; sentimente de inferioritate și umilință mascate

Schema condițională:

– Dacă nu sunt admirat totdeauna și de către toată lumea, mi se face o nedreptate.

Schema necondițională:

– Numai persoanele inferioare nu sunt permanent admirate.

Parsons (1989) consideră că fiecare caz clinic prezintă o problematică structurată la două niveluri:

- Nivelul manifest care se referă la sindroame (depresie, panică) și la exprimarea psihologică a acestora (cogniții, emoții și comportamente).
- Mecanismele care stau la baza lor.

Acestea reprezintă scheme sau structuri psihologice care le generează.

Încă de la primele întâlniri terapeutul va căuta să surprindă aceste mecanisme psihologice, care conferă coerență fiecărui caz clinic (convingeri, reguli personale, postulate, atitudini, scheme cognitive condiționale și necondiționale, scheme dezadaptative timpurii). Terapeutul cognitivist va trebui să-și adreseze următoarele întrebări:

„Ce au în comun toate problemele pe care le prezintă pacientul?"

„Ce fel de convingeri nutrește o persoană care se comportă astfel?"

„Care sunt temele umane care apar în conținutul gândurilor negative automate?"

B.C.U. "M. EMINESCU" IAȘI

„Ce semnificație are problema principală?"

„Care sunt antecedentele și consecințele problemei-simptom?"

Verificarea răspunsului la aceste întrebări se realizează pe parcursul întregului demers psihoterapeutic. Conceptualizarea problemelor trebuie să contribuie la explicarea comportamentului pacientului în timpul terapiei, precum și la anticiparea dificultăților care pot surveni pe parcursul acesteia. Reacția pacientului față de conceptualizarea problematicii reprezintă un test de validitate pentru că în cazul în care aceasta s-a realizat corect, va declanșa reacții emoționale de mare amploare. În cele din urmă, progresul terapiei reprezintă verificarea finală a justeței conceptualizării cazului.

Prezentare de caz

Corina, o pacientă de 53 de ani, este divorțată de soțul ei, medic chirurg, și are doi copii mari care locuiesc în provincie (la Sibiu și Ploiești). Pacienta a fost asistentă medicală și s-a căsătorit la 23 de ani cu un student la medicină pe care l-a ajutat să-și termine studiile. Pacienta este pensionată medical (cu diagnosticul depresie majoră; personalitate evitantă) și consacră mult timp actelor caritabile.

Aspecte clinice	Depresie majoră Tulburare de personalitate de tip evitant	Niveluri
	Gânduri automate: Oamenii nu doresc compania mea; Îi agasez pe ceilalți; Nu mai doresc să ies din casă; Mă tem că ceilalți mă vor respinge. Comportamente: evită situațiile sociale; cumpără prietenilor cadouri costisitoare. Emoții: depresie, anxietate Stări fiziologice: palpitații, diaree, tensiune musculară.	Nivel manifest Nivel manifest Nivel manifest
Evenimente declanșatoare	Divorțul Copiii au părăsit locuința și vin rar în vizită.	Antecedente apropiate
Incidente importante din trecut	Este a treia fiică a unei familii care și-a dorit foarte mult un băiat. La vârsta de 5 ani, când a fost grav bolnavă, a surprins o mătușă afirmând: „Din fericire este doar o	Antecedente îndepărtate

	fată, așa că dacă se prăpădește nu va fi o tragedie chiar așa de mare". Surorile ei mai mari erau mai frumoase, învățau mai bine și au urmat studii superioare. Totdeauna primea hainele vechi de la surorile ei.	
Schemă condițională	„Dacă nu mă voi dovedi utilă, nimeni nu mă va dori." „Trebuie să fac cadouri celorlalți pentru ca ei să mă accepte."	Mecanisme psihologice bazale
Scheme necondiționale sau scheme dezadaptative timpurii	„Sunt o persoană lipsită de importanță."	Mecanisme psihologice bazale

În acest caz, terapeutul va căuta temele generale (evitare socială, teama de a nu fi acceptată), precum și evenimentele declanșatoare și va constata că acestea sunt legate de ideea de dependență.

Vor fi identificate evenimentele importante din trecut, pacienta fiind solicitată să-și relateze istoria vieții. În momentul în care se prefigurează posibilitatea unei formulări coerente, terapeutul o va prezenta pacientei sub forma unei *diagrame* de tipul următor (Blackburn și Cottraux, 1995, p. 131):

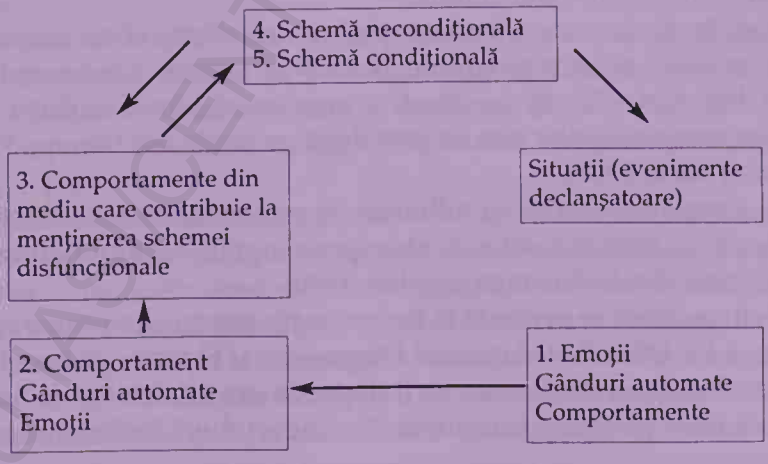


Diagrama sugerează pacientului că este vorba de un cerc vicios care menține problema actuală, indicând în același timp și liniile terapeutice care ar trebui urmate (cifrele indică ordinea intervențiilor cognitive și comportamentale).

Tehnicile terapeutice care s-au dovedit cele mai utile în psihoterapia tulburărilor de personalitate sunt psihoterapia bazată pe scheme cognitive (Young, 1999) și psihoterapia interpersonală de reconstrucție Lorna Smith Benjamin (2003).

Psihoterapia bazată pe scheme cognitive

Psihoterapia bazată pe scheme cognitive reprezintă un demers inovator și integrator elaborat de Young (1990; 1999) care perfecționează conceptele și strategiile terapiei cognitiv-comportamentale.

Noul model terapeutic împrumută elemente specifice psihoterapiei cognitiv-comportamentale, psihanalizei, gestaltterapiei, orientării constructiviste, precum și celei centrate pe relația obiectuală. Acest demers se potrivește mai ales clienților cu tulburări psihopatologice cronice, considerați în general „cazuri dificile", cum ar fi de pildă cei cu tulburări de personalitate.

Cu ajutorul psihoterapiei cognitiv-comportamentale s-au obținut numeroase succese și în tratamentul tulburărilor de dispoziție, anxioase, somatoforme, sexuale, ale conduitei alimentare sau al celor cauzate de abuzul de substanțe, prin intermediul unor programe de scurtă durată (în medie 20 de ședințe). La acești clienți s-a obținut reducerea simptomelor, formarea unor deprinderi și abilități și rezolvarea problemelor de viață curente.

Studiile clinice au evidențiat faptul că unii clienți obțin succese în urma utilizării acestor programe, în timp ce alții nu. De exemplu, în cazul depresiei, 60% dintre clienți se ameliorează imediat după terapie, dar rata recăderilor este de 30% după un an de zile (Young, Weinberger și Beck, 2001).

De asemenea, clienții cu tulburări de personalitate sau caracteriale adesea nu răspund deloc la abordarea cognitiv-comportamentală tradițională (Beck, Freeman și colab. 1990).

Mulți pacienți se prezintă la psihoterapie pentru simptome specifice axei I a DSM IV (Manualul Diagnostic și Statistic al Asociației Psihiatrilor Americani), cum ar fi depresia sau anxietatea, și nu obțin suficiente progrese sau prezintă recăderi după încheierea tratamentului.

BCU CLUJ UNIVERSITY LIBRARY

Astfel, o clientă absolventă de engleză, casnică, s-a prezentat la psihoterapie pentru agorafobie cu atacuri de panică. Aceasta a urmat un program care cuprinde identificarea și modificarea gândurilor negative, exerciții de control al respirației și desensibilizare sistematică, izbutind să se elibereze de manifestările specifice atacului de panică și să se confrunte cu numeroase situații pe care înainte le evita (să meargă singură la cumpărături, să călătorească cu mijloacele de transport în comun etc.). Cu toate progresele obținute, la scurt timp după încheierea tratamentului, clienta s-a refugiat din nou în agorafobie, deoarece schemele sale cognitive bazate pe incompetență și vulnerabilitate au împiedicat-o să se aventureze singură în lume. Clienta nu avea încredere în capacitatea sa de a lua decizii și nu și-a consolidat deprinderile elementare specifice unei existențe independente: să meargă singură pe stradă, să conducă mașina sau să administreze banii, preferând să-i lase pe alții să facă lucrurile importante în locul ei.

Din acest motiv, în absența psihoterapeutului, clienta nu a fost capabilă să-și organizeze astfel existența încât să mențină achizițiile dobândite în timpul terapiei.

Există și unii clienți ale căror probleme au un caracter vag, nespecific, dificil de abordat de către terapeutul cognitivist, cum ar fi dificultățile cronice care apar în relațiile cu ceilalți sau în cadrul activității profesionale, problemele acestora fiind de natură caracterială, mai precis tulburări de personalitate.

Young, Klosko și Weishaar (2003) sunt de părere că pacienți dificili sunt cei care fie nu au probleme specifice axei I a DSM, fie au prea multe.

Abordarea tradițională cognitiv-comportamentală își fundamentează demersul pornind de la anumite supoziții care adesea se dovedesc a fi false în cazul clienților cu probleme de personalitate:

- supoziția conform căreia clienții vor fi complianți la psihoterapie.

De regulă se consideră că pacienții sunt interesați să-și reducă simptomele, să achiziționeze noi deprinderi și să-și rezolve problemele de viață, și din acest motiv vor îndeplini sarcinile trasate de psihoterapeut. În cazul clienților cu probleme de personalitate, motivația pentru a participa la demersul terapeutic este adesea complicată și mai complexă. Aceștia nu doresc sau nu pot să urmeze sarcinile pentru acasă, fiind mai curând doritori să obțină o consolare din partea terapeutului decât să-și însușească tehnici de autoapărare.

- o altă supoziție este aceea că pacienții sunt capabili să-și acceseze propriile emoții sau gânduri și să le împărtășească terapeutului, ceea ce pentru clienții dificili este aproape imposibil, aceștia blocând accesul la amintirile, gândurile sau emoțiile lor negative. Evitarea se extinde adesea și la anumite situații stresante, evitarea reprezentând o strategie habituală de a face față stărilor afective negative, strategie foarte dificil de modificat.
- clienții cu tulburări de personalitate sau caracteriale sunt rigizi, inflexibili, au modele de gândire și comportament autodi structive, sunt lipsiți de speranță referitor la posibilitatea de a se schimba și din acest motiv sunt incapabili să se modifice sub aspect psihologic într-o perioadă scurtă de timp.

Problemele acestor clienți sunt strâns legate de ego-ul lor, de imaginea de sine, renunțarea la acestea părându-le de neconceput. Atunci când terapeutul adresează provocări modelelor rigide de gândire, comportament și afectivitate, clienții se cantonează în ele în mod inflexibil, reacționând adesea agresiv la orice fel de tentativă de a modifica ceea ce ei consideră a fi valabil pentru ei înșiși sau lumea înconjurătoare.

- Clienții cu tulburări de personalitate prezintă și dificultăți majore în formarea și menținerea alianței psihoterapeutice, aceștia având în antecedente o istorie lungă de relații disfuncționale cu persoanele semnificative din anturaj; cu precădere clienții cu tulburare de personalitate dependentă sau borderline sunt atât de preocupați să-l determine pe terapeut să răspundă nevoilor lor emoționale, încât devin incapabili să se concentreze asupra propriei existențe în afara terapiei, în timp ce clienții paranoizi, schizoizi, narcisici sau obsesiv-compulsivi nu se angajează în relația cu terapeutul sau devin ostili.
- O altă problemă care se pune în cazul clienților dificili are la bază supoziția terapeuților de orientare cognitiv-comportamentală că pacienții trebuie să aibă probleme clar delimitate care pot constitui obiective ale terapiei, ori în cazul pacienților cu tulburări ale personalității, problemele sunt vagi, cronice și cu caracter permanent (sunt nefericiți în majoritatea domeniilor existenței, de-a lungul întregii lor vieți).

Young (1990; 1999) a pus la punct terapia bazată pe scheme cognitive tocmai pentru a găsi o soluție pentru clienții dificili.

Demersul terapeutic poate fi de durată scurtă, medie sau lungă, în funcție de problematica fiecărui client, depășind limitele terapiei cognitiv-comportamentale tradiționale în următoarele direcții:

- se pune un accent mult mai mare pe investigarea originii și cauzelor problemelor psihopatologice în copilăria și adolescența clientului;
- sunt utilizate strategii emoționale;
- se lucrează asupra stilurilor dezadaptative de a face față existenței.

Odată ce simptomele acute sunt înlăturate, psihoterapia bazată pe scheme cognitive va fi aplicată pentru tulburările pe termen lung, care însoțesc persoana de-a lungul întregii sale existențe. Acest gen de terapie se utilizează împreună cu tehnicile cognitiv-comportamentale tradiționale și cu medicația psihotropă recomandată de specialistul psihiatru.

Terapia bazată pe scheme cognitive este destinată tulburărilor cronice ale personalității și nu simptomelor psihiatrice acute cum ar fi cele specifice unui episod depresiv major sau unui atac de panică. Aceasta s-a dovedit utilă în tratamentul depresiei și tulburării anxioase cronice, în tulburările conduitei alimentare, în relațiile de cuplu disfuncționale, la persoanele incapabile să mențină relații apropiate cu ceilalți pe o perioadă mai îndelungată, la delincvenți, dar și pentru prevenirea recăderilor la subiecții dependenți de droguri.

Psihoterapia bazată pe schemele cognitive abordează schemele dezadaptative timpurii, care stau la baza tulburărilor cronice și care s-au format în copilărie în urma interacțiunii cu persoanele semnificative din viața subiectului. Pe baza acestui model, clienții conștientizează caracterul dezadaptativ al acestor scheme și se angajează în demersul de combatere a lor. În urma repetării în timpul ședințelor de psihoterapie a unor interacțiuni din copilărie, clienții ajung să găsească soluția pentru a-și satisface nevoile frustrate în copilărie.

Conform teoriei cognitive asupra personalității, termenul de schemă reprezintă un model sau o structură pe care clientul o impune asupra datelor realității sau experienței și care îi permite să-și explice ceea ce se petrece, să medieze percepțiile și să-și dirijeze reacțiile. Putem spune și că schema cognitivă reprezintă un fel de plan mental pe baza căruia clientul interpretează informații, rezolvă probleme și conferă o semnificație evenimentelor de viață. Formate în copilărie, schemele cognitive continuă să fie impuse realității și atunci

când ele nu mai sunt necesare, permițându-i subiectului să aibă o viziune coerentă asupra propriei persoane și asupra realității înconjurătoare. Schemele cognitive pot fi pozitive sau negative, adaptative sau dezadaptative.

Young (1990; 1999) postulează faptul că schemele cognitive rezultate în urma unor experiențe negative din copilărie stau la baza apariției și menținerii unor tulburări ale personalității. Așa cum am mai subliniat, acestea reprezintă structuri persistente de emoții, amintiri, cogniții și senzații corporale referitoare la propria persoană și la relațiile cu ceilalți, formate în copilărie sau adolescență, care au un pronunțat caracter disfuncțional.

Schemele cognitive disfuncționale sunt dificil de modificat pentru că subiecții le consideră ca fiind adevăruri absolute, de necontestat. Caracterul disfuncțional al schemelor cognitive devine evident la vârsta adultă, când pacienții continuă să le pună în aplicare deși acestea nu se mai potrivesc situației prezente.

Young, Klosko și Weishaar (2003) consideră că la originea schemelor cognitive disfuncționale se află cinci trebuințe general umane care nu au fost satisfăcute:

- nevoia de atașament (securitate, stabilitate, acceptare și nurturanță);
- nevoia de autonomie, competență și identitate personală;
- nevoia de libertate de a exprima propriile trebuințe și emoții;
- nevoia de spontaneitate, trebuința ludică;
- nevoia de limitări realiste și autocontrol.

Autorii menționați mai sus sunt de părere că aceste trebuințe au un caracter universal, deși unii indivizi au nevoi mai puternice decât alții. Un individ sănătos psihic dispune de capacitatea de a-și satisface în mod realist și adaptativ aceste trebuințe, acesta reprezentând obiectivul terapiei bazate pe scheme cognitive.

Schemele cognitive formate mai târziu, în adolescență, nu au un efect la fel de intens ca și cele care își au originea în copilăria mică.

Young, Klosko și Weishaar (2003, pp. 10–11) descriu patru tipuri de experiențe timpurii care conduc la structurarea schemelor cognitive:

- Frustrarea nevoilor primare, caracterizată prin aceea că subiectul nu primește dragoste, înțelegere sau nu are parte de stabilitate în mediul de referință, schemele cognitive care se formează fiind cele de deprivare emoțională și abandon;

- Traumatizarea sau victimizarea conduc la elaborarea unor scheme bazate pe neîncredere, abuz, ruşine sau vulnerabilitate la stres;
- Răsfăţul şi atenţia exagerată acordată copilului generează scheme de tip dependenţă, incompetenţă sau grandoare, nevoia de autonomie în limite realiste nefiind satisfăcută;
- Internalizarea selectivă sau identificarea cu un părinte semnificativ de la care sunt preluate convingeri, sentimente, trăiri şi modele de comportament (de pildă un client poate internaliza comportamentul abuziv al tatălui său, devenind el însuşi un abuzator).

Autorii consideră că tot ceea ce va internaliza copilul va fi filtrat prin structura sa temperamentală. Astfel, un copil distimic nu va internaliza probabil stilul optimist al părintelui de a face faţă dificultăţilor existenţei.

Kagan, Reznick şi Snidman (1988) au realizat o serie de studii asupra unor trăsături temperamentale prezente în copilărie şi care s-au dovedit a fi stabile de-a lungul vieţii.

Young, Klosko şi Weishaar (2003) consideră că următoarele particularităţi nu sunt modificabile în urma influenţei psihoterapiei:

- labilitate – lipsă de reactivitate emoţională
- distimie – optimism
- anxietate – calm
- obsesivitate – neatenţie
- pasivitate – agresivitate
- iritabilitate – bună dispoziţie
- timiditate – sociabilitate

Trăsăturile temperamentale interferează cu experienţele traumatizante din copilărie, contribuind împreună la formarea schemelor cognitive disfuncţionale timpurii. Astfel, de pildă, un copil agresiv va fi mai înclinat să interiorizeze şi să preia comportamentul abuziv al unuia dintre părinţi decât copilul pasiv.

Observaţiile clinice au evidenţiat însă faptul că adesea circumstanţele pozitive sau negative pot estompa într-o bună măsură particularităţile temperamentale (o ambianţă caldă şi plină de dragoste va putea determina un copil timid să devină sociabil în multe situaţii). De asemenea, un tip temperamental excesiv de încărcat emoţional poate conduce la ignorarea unor condiţii de mediu, generând trăsături psihopatologice care nu-şi găsesc justificarea în istoria vieţii clientului.

Modelul elaborat de Young, Klosko și Weishaar (2003, pp. 14–18) identifică 18 scheme cognitive grupate în cinci categorii de nevoi emoționale nesatisfăcute pe care autorii le denumesc domenii ale schemelor cognitive.

1. Discontinuitate și respingere

Trebuințele de securitate, stabilitate, nurturanță, empatie, acceptare, respect sau stabilirea unor relații apropiate cu ceilalți nu vor fi satisfăcute într-un mod previzibil. Familia de origine se caracterizează prin răceală, detașare, respingere, însingurare, comportament exploziv, imprevizibil.

Schemele cognitive care se formează în aceste condiții sunt:

- Abandon – nesiguranță (lipsă de stabilitate)

Implică sentimentul că persoanele semnificative nu vor putea asigura un suport emoțional, protecție sau sprijin subiectului pentru că sunt instabile emoțional, reacționează în mod imprevizibil (au izbucniri de mânie), nu sunt de încredere, sunt prezente ocazional, vor deceda în mod cert sau vor abandona subiectul pentru o persoană considerată mai bună.

- Neîncredere – abuz

Implică convingerea că ceilalți îl vor lovi, abuza, umili, păcăli, minți, manipula sau că vor căuta să obțină avantaje de pe urma subiectului. Presupune perceperea faptului că răul este făcut în mod intenționat sau că reprezintă efectul unei neglijențe nejustificate.

- Deprivare emoțională

Se referă la expectația că nevoia firească de susținere emoțională nu îi va fi acordată subiectului de către ceilalți.

Principalele forme de deprivare sunt următoarele:

- deprivarea de nurturanță (grijă)
- deprivarea de empatie: lipsa înțelegerii, a posibilității de a-și dezvălui sentimentele sau imposibilitatea de a împărtăși sentimentele cu ceilalți
- deprivarea de protecție: absența încurajărilor, ghidării sau sfătuirii din partea celorlalți

- Incapacitate – jenă (rușine)

Implică impresia că persoana este rea, lipsită de valoare, inferioară sau incapabilă în domenii considerate importante sau că nu este demnă de dragostea celorlalți. Poate să presupună și o hipersensibilitate la critică, respingere sau blamare.

Subiectul este foarte vigilent la reacțiile celorlalți față de el, se compară în permanență cu aceștia, se simte nesigur în prezența celorlalți, sau se jenează de defectele sale fizice sau psihice (de aspectul fizic, de timiditate, de impulsurile sexuale inacceptabile sau de eventualele reacții de mânie necontrolată).

- Izolare socială – alienare

Se referă la sentimentul că subiectul este izolat de restul lumii, diferit de ceilalți sau că nu aparține unui grup sau comunități.

2. Autonomie restricționată și performanță

Presupune convingerea subiectului că nu va putea funcționa independent sau nu va obține performanțe satisfăcătoare în mod independent. Familia de origine este hiperprotectoare, sabotează încrederea în sine a copilului sau nu întărește pozitiv performanțele realizate de acesta în afara familiei.

Schemele cognitive care derivă de aici sunt următoarele:

- Dependență – incompetență

Se referă la convingerea subiectului că nu poate face față responsabilităților cotidiene într-o manieră competentă fără ajutorul celorlalți (nu poate să-și poarte singur de grijă, nu poate rezolva problemele curente, nu poate lua decizii corecte etc.).

- Vulnerabilitate la traume sau boli

Subiectul nutrește o teamă exagerată legată de faptul că va fi victima unei catastrofe iminente pe care este incapabil să o prevină (va face un atac de cord, se va îmbolnăvi de SIDA, va înnebuni, va fi atacat de răufăcători sau va fi victima unui cutremur sau a unui accident aviatic etc.).

- Fuziune cu ceilalți – ego insuficient dezvoltat

Persoana este excesiv de implicată emoțional și legată simbiotic de o persoană (sau de persoane semnificative, părinți), încât nu mai ajunge să desăvârșească procesul de individuare și să atingă la o dezvoltare socială independentă. Subiectul are convingerea că nu poate supraviețui sau nu poate fi fericit fără susținerea permanentă a celorlalți, se simte strâns legat de ceilalți și trăiește un sentiment de vid interior sau de lipsă de direcție în absența persoanelor semnificative.

- Eșec

Implică sentimentul că persoana a suferit un eșec sau va eșua în viitor, că este indecvată comparativ cu ceilalți în diverse domenii de activitate (învățătură, carieră, sport etc.). Subiectul se crede un ratat

lipsit de talent, de inteligență, cu un statut social inferior, fără succes.

- Limitele deficitare

Limitele deficitare îi creează subiectului dificultăți în ceea ce privește respectarea drepturilor celorlalți, cooperarea cu aceștia, stabilirea unor acorduri sau a unor obiective personale. Familia de origine se caracterizează prin permisivitate exagerată, indulgență, absența unor reguli, a disciplinei, deficiențe în asumarea responsabilității, a cooperării mutuale și a stabilirii ierarhiilor. Copiii din astfel de familii nu au fost învățați să tolereze nici măcar un disconfort minimal, nu au fost niciodată pedepsiți, îndrumați sau sfătuiți.

- Superioritate – grandoare

Presupune convingerea subiectului că este superior celorlalți, că are drepturi și privilegii deosebite, că poate face tot ceea ce dorește indiferent ce părere au ceilalți, oricât de nerealiste sunt obiectivele propuse. Acest tip de subiect caută să obțină cu orice preț puterea și controlul, este excesiv de competitiv sau dominator, impunându-și punctul de vedere și căutând să-i manipuleze pe ceilalți. Persoana nu este capabilă de empatie și nu ține seama de sentimentele și dorințele altor oameni.

- Lipsa autocontrolului și disciplinei

Subiectul are dificultăți să-și controleze comportamentul, rezistență scăzută la frustrație, exprimându-și excesiv de colorat stările emoționale și impulsurile. În formele patologice mai moderate, subiectul evită disconfortul de orice tip: durerea, conflictul, confruntarea, responsabilitatea cu prețul împlinirii și chiar al integrității sale personale.

3. Direcționarea către ceilalți

Presupune o preocupare exagerată pentru problemele celorlalți în detrimentul propriilor interese, pentru a obține aprobarea și dragostea acestora, dar și pentru a evita respingerea. Adesea presupune reprimarea ostilității și propriilor nevoi. Familia de origine a acestor persoane promovează acceptarea condiționată în cadrul căreia copilul trebuie să-și refuleze tendințele naturale pentru a câștiga dragostea, atenția și aprobarea părinților. În astfel de familii, nevoile emoționale ale părinților sau dezirabilitatea socială au o valoare mai mare decât sentimentele copilului.

- Supunerea

Presupune subordonarea excesivă față de ceilalți pentru a evita agresiunea, conflictele sau abandonul. Subiectul își poate exprima tendința de supunere prin reprimarea dorințelor, nevoilor sau a emoțiilor, în special a ostilității. Acesta nutrește sentimentul că opiniile, dorințele sau stările sale afective nu au importanță pentru ceilalți, fapt ce îl determină să devină excesiv de complezent și să se simtă prins într-o capcană. Frecvent ostilitatea refulată îmbracă forma unui comportament pasiv-agresiv a unor simptome psihosomatice, a abuzului de substanțe sau se poate manifesta prin intermediul unor izbucniri necontrolate de mânie.

- Sacrificiul de sine

Persoana se străduiește excesiv să vină în întâmpinarea dorințelor celorlalți în detrimentul propriilor sale dorințe, evitând să fie egoistă sau să le producă celorlalți un disconfort, resimțind adesea și un resentiment față de cei față de care își manifestă grija.

- Căutarea aprobării și recunoașterii sociale

Implică o preocupare exagerată pentru a obține abrobarea, atenția sau recunoașterea din partea celorlalți. Autostima subiectului este construită doar pe baza opiniilor celor din jur și nu pe cea a înclinațiilor și aptitudinilor sale. Acesta se preocupă excesiv de statutul său social, de păstrarea aparențelor, de acumulările materiale sau de realizările profesionale, rezultatul fiind că deciziile majore din viață devin lipsite de autenticitate și nu îi dau satisfacții reale celui în cauză.

4. Hipervigilența și inhibiția

Subiectul își reprimă spontaneitatea, impulsurile și tendințele naturale, supunându-se unor reguli internalizate cu caracter rigid, referitoare la performanțe și comportamente morale în detrimentul fericirii, autorealizării, relaxării, trăirii unor relații apropiate și chiar al sănătății.

Familia de origine a unui astfel de subiect este pesimistă, rigidă, solicitantă și punitivă, valorile supreme fiind datoria, respectarea regulilor, reprimarea emoțiilor și evitarea greșelilor cu prețul renunțării la bucurie, plăcere, relaxare.

- Gândire negativă – pesimism

Persoana este focalizată pe aspectele negative ale existenței: durere, moarte, pierdere, conflict, culpabilitate, probleme nerezolvate, posibile erori etc. Aceasta are expectații negative în aproape toate domeniile de activitate: profesie, situație financiară, familie sau relații

interpersonale, trăind permanent o stare de îngrijorare, hipervigilență, dificultăți de decizie și plângeri permanente.

- Standarde prea înalte – atitudine excesiv de critică

Presupune convingerea că subiectul trebuie să atingă standarde foarte înalte de performanță pentru a evita să fie criticat. Acesta trăiește o presiune permanentă, autoimpusă, are dificultăți de a încetini ritmul de lucru și este excesiv de critic față de sine și față de ceilalți. Este perfecționist, acordă o atenție exagerată detaliilor, se conduce după reguli rigide, are standarde morale, culturale sau religioase exagerate și nerealiste, fiind excesiv de preocupat de gestionarea timpului și de eficiență.

- Tendințele autopunitive

Subiectul are convingerea că trebuie să fie pedepsit pentru greșelile pe care le face. Este intolerant față de sine și față de ceilalți, îi este greu să-și ierte greșelile proprii sau pe ale altora, are tendința de a nu acorda nimănui circumstanțe atenuante și dificultăți de a empatiza cu cei din jur.

Studiu de caz

Maria, profesoară de engleză în vârstă de 27 de ani, se prezintă la cabinet pentru depresie cronică persistentă, despre care afirmă că a resimțit-o pe parcursul întregii vieți. Schema sa cognitivă este una bazată pe depresie. Părinții ei au fost reci și i-au îndeplinit doar trebuințele materiale. Din cauza acestei scheme cognitive clienta și-a îndreptat atenția spre parteneri care o frustrau emoțional. Actualul ei prieten, Adrian, polițist, se încadra perfect în acest model, astfel încât, ori de câte ori clienta îi solicita atenție și afecțiune, el devenea iritabil și o respingea. Comportamentul prietenului îi activa schema cognitivă de deprivare, Maria reacționând, la rândul ei, agresiv. Reacția exagerată a clientei nu făcea decât să-l îndepărteze și mai mult pe Adrian de ea, deși acesta o iubea sincer, dar nu era capabil să-și exprime deschis sentimentele, relația de cuplu îmbrăcând forma unui cerc vicios în cadrul căruia clienta continua să perpetueze deprivarea emoțională pe care a trăit-o în copilărie. Interesant este faptul că înainte de Adrian, Maria a avut un prieten mai cald afectiv, dar nu s-a simțit atrasă sexual de acesta, fiind în același timp exasperată de manifestările lui emoționale.

Acest caz ilustrează maniera în care schema dezadaptativă timpurie conduce la stabilirea unor relații disfuncționale la vârsta adultă.

Young, Klosko și Weishaar (2003) sunt de părere că există două tipuri de convingeri disfuncționale de bază, unele fiind necondiționa-

le, în timp ce altele au un caracter condiţional. De regulă schemele condiţionale se formează mai devreme în copilăria timpurie şi reprezintă reguli de viaţă referitoare la propria persoană şi la ceilalţi.

Schemele necondiţionale funcţionează astfel încât nu lasă nici un fel de loc pentru speranţa pacientului; indiferent cum acţionează acesta, el va rămâne o persoană incompetentă, rea, lipsită de valoare şi care nu merită iubirea altora. Schemele condiţionale postulează faptul că subiectul poate acţiona pentru a înlătura finalul negativ, cel puţin pentru moment (de pildă se poate sacrifica, îşi poate inhiba emoţiile, poate obţine performanţe pentru a câştiga dragoste şi aprobare).

Autorii ne prezintă câteva *modele de scheme condiţionale şi necondiţionale* (Young, Klosko şi Weishaar 2003, p. 22):

Scheme necondiţionale	Scheme condiţionale
Abandon; instabilitate	Supunere
Neîncredere; abuz	Sacrificiu de sine
Deprivare emoţională	Căutarea aprobării/recunoaşterii
Incompetenţă/dependenţă	Inhibarea emoţiilor
Izolare socială	Standarde nerealiste
Vulnerabilitate la stres sau îmbolnăvire	Criticism exagerat
Fuziune/ego insuficient de dezvoltat	
Eşec	
Gândire negativă/pesimism	
Nevoie de a fi pedepsit	
Grandoare	
Autocontrol insuficient	

În opinia autorilor, schemele condiţionale se formează datorită încercărilor subiectului de a se elibera de sub dominaţia schemelor necondiţionale. De exemplu, supunerea va apărea ca reacţie la abandon,

subiectul spunându-și în gând: „Dacă voi face tot ceea ce doresc cei-lalți de la mine, ei nu mă vor părăsi".

În realitate este practic imposibil ca subiectul să răspundă totdeauna imperativelor unei scheme condiționale (nu poate să se supună în totalitate celorlalți fără să simtă mânie, astfel încât acesta va rămâne cel mai adesea prizonierul schemei necondiționale. Caracterul condițional al schemei se referă mai ales la faptul că, dacă un copil va îndeplini ceea ce se așteaptă de la el, consecințele negative pot fi adesea evitate.

Schemele dezadaptative timpurii interferează adesea cu bunul mers al psihoterapiei. De pildă, un client va avea dificultăți în formarea unei alianțe terapeutice pozitive într-un timp scurt, în timp ce unul cu deficit în ceea ce privește autocontrolul nu va duce la îndeplinirea sarcinilor pentru acasă trasate de terapeut.

Aspectele cognitive, stările afective, comportamentele și experiențele de viață pot conduce la întărirea și perpetuarea schemei cognitive sau la modificarea acesteia. Perpetuarea schemei cognitive se referă la tot ceea ce simte, gândește sau întreprinde clientul pentru a pune schema în funcțiune și care acționează ca un fel de profeții autoîmplinite.

Young (2003) subliniază faptul că schemele cognitive sunt întărite și perpetuate prin intermediul a trei mecanisme primare: distorsionările cognitive, modelele comportamentale bazate pe autosabotare și stilurile de a face față cerințelor schemei cognitive.

Prin intermediul distorsionărilor cognitive subiectul denaturează datele realității în așa fel încât să întărească schema disfuncțională, focalizându-și atenția asupra informațiilor care vin în sprijinul schemei și ignorându-le sau negându-le pe cele care o contrazic.

Studiu de caz

Corina, studentă la drept, în vârstă de 19 ani, se conducea în viață în conformitate cu o schemă cognitivă bazată pe incapacitate și care a rezultat în urma interacțiunilor defectuoase cu mama ei: „Mamei mele nu-i plăcea cum sunt și nimic din ceea ce făceam și nu pot să fac nimic în legătură cu asta. Ea îmi spunea că sunt urâtă, că nu am personalitate, că nu știu să mă îmbrac. Faptul că eram prima în clasă nu însemna nimic pentru mama mea".

Alexandru, prietenul ei, i-a făcut cunoștință cu amicii săi și cu prietena unuia dintre ei, Ana. Deși Corinei îi era simpatică Ana, ea nu reușea să relaționeze cu aceasta,

fiind ferm convinsă de faptul că Ana nu o agreează, interpretând orice cuvânt sau gest al celeilalte ca un semn de respingere („se poartă frumos cu mine doar de dragul lui Alexandru").
Corina reușea să stabilească mereu relații care reeditau interacțiunile cu mama ei, căutând prietenia fetelor exigente, hipercritice și greu de mulțumit și comportându-se defensiv față de acestea.

Modificarea schemelor cognitive reprezintă obiectivul ultim al psihoterapiei. Deoarece schema reprezintă o structură care include amintiri, emoții, percepții și cogniții, modificarea acesteia presupune o reducere a intensității acestora (scăderea forței reprezentărilor memoriei, a încărcăturii emoționale, a percepțiilor și senzațiilor corporale, a cogniților cu caracter dezadaptativ), precum și realizarea unor modificări comportamentale. Astfel clientul învață să înlocuiască stilurile dezadaptative de a face față existenței cu unele mai adaptative.

Tratamentul presupune o serie de intervenții în sfera cognitivă, afectivă și comportamentală.

Pe măsură ce schema cognitivă se modifică, ea devine tot mai dificil de activat, iar atunci când se activează totuși, experiențele sunt mai ușor de integrat pentru persoana în cauză, aceasta revenind la starea normală mult mai repede. Demersul de modificare a schemelor cognitive este dificil și de lungă durată, pentru că acestea au fost formate și întărite încă din copilărie. Deși au un caracter dezadaptativ, schemele reprezintă de cele mai multe ori tot ce știe subiectul în raport cu el însuși și lumea înconjurătoare, acest fapt conferindu-i subiectului un sentiment de securitate subiectivă (acesta percepe universul ca fiind predictibil). Clienții refuză să renunțe la schemele lor cognitive pentru că acestea reprezintă nucleul identității lor personale, rezistențele la terapie reprezentând o modalitate de a păstra sentimentul autocontrolului și coerenței interne a personalității.

Demersul terapeutic presupune ca subiectul să conștientizeze schemele și să lupte împotriva acestora. Obiectivul terapiei — modificarea schemei cognitive — este adesea de neatins, majoritatea schemelor modificându-se doar parțial, pentru că amintirile legate de acestea nu pot fi complet șterse. Atunci când terapia a avut succes, schemele se activează mai rar, stările afective care le însoțesc sunt mai puțin devastatoare și de durată mai scurtă, pacienții învățând să se raporteze la ele într-o manieră mai adaptativă.

Pentru a face față schemelor cognitive disfuncționale, pacienții adoptă stiluri adaptative (de *coping*) defectuoase care, deși îi ajută să facă față cerințelor schemei, nu fac decât să o întărească și să o perpetueze.

Psihoterapia bazată pe scheme cognitive realizează o diferențiere între schema cognitivă ca atare și strategiile pe care le utilizează subiectul pentru a face față cerințelor acesteia. Astfel, schema cuprinde amintiri, emoții, percepții și cogniții și nu cuprinde comportamente, acestea din urmă făcând parte din cadrul strategiilor de răspuns. Deși majoritatea mecanismelor de *coping* (de „a face față") implică reacții în plan comportamental, adesea subiecții se adaptează situației și prin intermediul unor strategii cognitive sau afective.

Stilurile de *coping* în raport cu o anumită schemă cognitivă se modifică de-a lungul vieții clientului, în timp ce schemele cognitive rămân neschimbate. Mai mult, un client poate pune în acțiune mai multe strategii de *coping* pentru a face față unei singure scheme. Schemele cognitive dezadaptative timpurii reprezintă o amenințare pentru subiect, căruia îi sunt frustrate trebuințele emoționale de bază (de atașament, de autonomie, de exprimare liberă, spontaneitate sau de stabilire a unor limite realiste). Amenințarea se poate referi și la trăirea unor stări afective foarte puternice la activarea schemelor cognitive. Copilul va putea face față acestei amenințări în trei moduri: acceptare, evitare sau supracompensare, toate aceste stiluri de *coping* operând la nivel inconștient.

Aceste stiluri de *coping* au în copilărie un caracter adaptativ, reprezentând niște mecanisme psihologice care asigură supraviețuirea individului. La vârsta adultă, stilurile de *coping* devin dezadaptative pentru că ele continuă să perpetueze schemele cognitive disfuncționale chiar și atunci când condițiile s-au schimbat. În felul acesta subiectul devine un fel de prizonier al schemelor sale cognitive.

Atunci când subiectul acceptă schema, el nu mai luptă împotriva ei, o consideră adevărată și acționează în așa fel încât să o confirme. Fără a-și da seama, adultul respectă acele experiențe din copilărie care au condus la formarea schemei cognitive timpurii. Acesta alege acele situații în care va fi tratat așa cum a fost tratat în copilărie de către părintele abuziv. Chiar și în timpul terapiei un astfel de client va juca rolul copilului abuzat, plasându-l pe terapeut în cel de abuzator. Clienții care utilizează strategii de evitare își vor aranja astfel viața, încât schemele cognitive dezadaptative să nu fie niciodată activate,

ca și cum nu ar exista. Ei vor bloca gândurile, imaginile sau stările afective care ar putea avea legătură cu schemele respective. Această evitare se va manifesta sub forma unor comportamente cum ar fi consumul excesiv de alcool sau droguri, promiscuitate sexuală, mâncat excesiv, curățenie exagerată, căutarea stimulării sau refugiul în hiperactivitate. Subiecții de acest tip par perfect normali când interacționează cu ceilalți, dar evită orice fel de situație care ar putea activa o schemă disfuncțională timpurie (evită relațiile bazate pe intimitate sau provocările profesionale). În cursul terapiei acești clienți uită să-și îndeplinească sarcinile pentru acasă, nu își exprimă sentimentele, întârzie la ședințe, abordează doar subiecte de suprafață sau încheie în mod prematur terapia.

Clienții care supracompensează schema cognitivă disfuncțională timpurie gândesc, simt și se comportă ca și cum opusul schemei cognitive ar fi adevărat. Aceștia se străduiesc din răsputeri să fie diferiți de modul în care s-au comportat în calitate de copii, atunci când au fost formate schemele cognitive de bază. Astfel, dacă s-au simțit lipsiți de valoare în copilărie, se străduiesc să fie perfecți, dacă au fost controlați, vor avea tendința să-i controleze pe ceilalți sau să evite orice tip de infracțiune.

Supracompensarea reprezintă o modalitate de adaptare parțial eficientă pentru că schema cognitivă dezadaptativă împotriva căreia luptă subiectul va fi perpetuată și nu modificată. Multe persoane supracompensate par normale și chiar devin lideri politici, vedete, oameni de afaceri sau savanți de succes. Comportamentul acestora are un caracter adaptativ dacă nu se manifestă în exces, este proporțional cu situația, ține seama de nevoile celorlalți și duce la rezultate pozitive. De cele mai multe ori însă comportamentul acestor subiecți este excesiv, prea intens și neproductiv.

Astfel, de pildă, este eficient ca un educator să-și domine elevii, dar dacă acesta va exercita un control excesiv asupra lor, îngrădindu-le independența și inițiativa, acțiunile sale vor fi sortite eșecului.

Supracompensarea se dezvoltă ca o alternativă la situația emoțională declanșată de schema cognitivă (de pildă supracompensarea narcisică îi ajută pe clienți să facă față stărilor afective negative generate de deprivarea emoțională și inferioritate; aceștia în loc să se simtă ignorați și lipsiți de calități, se vor simți superiori și speciali). Această supracompensare îi va izola însă de ceilalți și îi va face să se

simtă nefericiți. Cu toate acestea, subiecții persevereză în procesul de supracompensare; indiferent cât de mult îi determină acest lucru să se îndepărteze de ceilalți. Aceștia sunt incapabili să-și recunoască greșelile și să-și asume responsabilitatea pentru eșecurile înregistrate, iar în cazul în care circumstanțele sunt excesiv de potrivnice, demersul de supracompensare eșuează, subiecții decompensându-se depresiv.

Eșecul mecanismelor de supracompensare face ca schemele cognitive disfuncționale de bază să se manifeste și mai puternic, producând reacții emoționale foarte intense subiectului.

Young și colaboratorii (2003) sunt de părere că indicatorii de natură temperamentală reprezintă factorii principali care îl determină pe individ să opteze pentru un stil de *coping* sau altul. Astfel, de pildă, un subiect pasiv va avea tendința să accepte sau să evite schema în loc să lupte împotriva ei. Un alt factor care determină opțiunea pentru un stil de *coping* sau altul ține de interiorizarea selectivă sau de modelarea unor comportamente specifice părintelui cu care copilul se identifică.

Stilul de *coping* se manifestă prin intermediul declanșării unor comportamente specifice de răspuns.

Majoritatea clienților pun în acțiune o combinație de stiluri și răspunsuri specifice dezadaptative de *coping*, uneori acceptând, evitând sau alteori supracompensând schema cognitivă timpurie.

Young, Klosko și Weishaar (2003, pp. 38–39) ne prezintă câteva exemple de răspunsuri dezadaptative specifice fiecărei scheme cognitive (vezi tabelul de la pp. 619–620).

Unele scheme cognitive timpurii și stiluri de *coping* se află în stare latentă în timp ce altele se activează sub influența evenimentelor de viață, dominând dispoziția afectivă și comportamentul subiectului.

Starea dominantă la un moment dat poartă numele de modalitate a schemei cognitive („schema mode") (Young, Klosko și Weishaar, 2003, p. 37). Această modalitate poate avea un caracter adaptativ sau dezadaptativ, fiecare individ putând trece de la o modalitate la alta.

Modalitatea schemei cognitive reprezintă răspunsul la întrebarea „ce set de scheme cognitive și strategii de *coping* pune în acțiune subiectul în acest moment". O modalitate disfuncțională este activată atunci când schemele cognitive și comportamentale dezadaptative de *coping* generează stări afective negative și comportamente neadecvate.

Schemă dezadaptativă timpurie	Comportamente de acceptare	Comportamente de evitare	Comportamente de supracompensare
Abandon – Instabilitate (Nesiguranță)	Alege parteneri care nu pot respecta un anagjament și nu rămân în relație	Evită relațiile bazate pe intimitate; consumă alcool în singurătate	Se agață de partener până când îl determină să se retragă; atacă violent partenerul pentru cea mai mică tentativă de neglijare
Neîncredere – Abuz	Alege parteneri abuzivi și permite abuzul	Evită să devină vulnerabil sau să aibă încredere în cineva; este secretoman	Abuzează de ceilalți
Deprivare emoțională	Alege parteneri care îl deprivează emoțional și nu le cere să-i respecte dorințele	Evită relațiile bazate pe intimitate	Solicită excesiv sub aspect emoțional partenerii și prietenii apropiați
Incapacitate, jenă (rușine)	Alege prieteni critici și rejectanți; se plasează pe o poziție de inferioritate	Evită să-și exprime gândurile și sentimentele sau să-i lase pe ceilalți să se apropie de el	Îi critică și îi respinge pe ceilalți, lăsând impresia că el este perfect
Izolare socială – Alienare	În cadrul unor întâlniri se concentrează exclusiv asupra diferențelor dintre el și ceilalți, în detrimentul asemănărilor	Evită situațiile sociale și activitățile colective	Devine cameleonic și se integrează în grup
Dependență Incompetență	Solicită persoanele semnificative să ia deciziile importante în locul său (de pildă decizii financiare)	Evită situațiile cu caracter provocator (de pildă să învețe să șofeze)	Se comportă ca o persoană independentă care nu cere nimic de la nimeni
Vulnerabilitate la traume sau îmbolnăvire	Citește în mod compulsiv informații referitoare la catastrofe și așteaptă ca acestea să se producă oricând	Evită lucrurile care nu sunt total sigure	Întreprinde acțiuni riscante fără a lua în considerație pericolul

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Identificare – Ego insuficient de dezvoltat	Împărtășește totul mamei (părintelui) chiar și în faza adultă; trăiește prin intermediul partenerului	Evită intimitatea, rămânând independent	Caută să devină opusul persoanei semnificative pe toate planurile
Eșec	Realizează sarcinile cu jumătăți de măsură	Evită total provocările; tărăgănează lucrările	Devine un performer de excepție, biciuindu-se permanent pentru a obține rezultate cât mai bune
Grandoare Imagine de sine supradimensionată	Se laudă și îi copleșește pe ceilalți cu realizările sale	Evită situațiile în care are rezultate medii și nu superioare	Acordă o atenție excesivă nevoilor celorlalți
Autocontrol și autodisciplină insuficiente	Abandonează ușor sarcinile de rutină	Evită să-și asume responsabilități	Este excesiv de controlat și disciplinat
Supunere	Îi lasă pe ceilalți să controleze situațiile și să ia decizii	Evită situațiile conflictuale	Se revoltă împotriva autorității
Sacrificiu de sine	Le oferă totul celorlalți și nu cere nimic pentru sine	Evită situațiile în care trebuie fie să ofere, fie să primească	Le oferă celorlalți cât mai puțin cu putință
Căutarea aprobării – recunoașterii	Se comportă astfel încât să-i impresioneze pe ceilalți	Evită să interacționeze cu cei a căror aprobare este importantă	Se comportă astfel încât să fie dezaprobat sau caută să treacă neobservat
Negativism, pesimism	Se concentrează asupra negativului, ignorând aspectele pozitive; își face permanent griji; caută să evite finalurile negative	Consumă alcool sau droguri pentru a-și îneca sentimentele de nefericire	Este excesiv de optimist, negând aspectele negative („Sindromul Poliana")
Inhibiție emoțională	Se menține într-o stare de calm și aplatizare afectivă	Evită situațiile în care se exprimă sau se discută despre sentimente	Se străduiește „să fie sufletul petrecerii" chiar dacă are un comportament forțat și nenatural

Standarde excesiv de înalte – spirit critic excesiv	Consumă mult timp pentru a părea perfect	Evită sau tergiversează sarcinile sau situațiile în care performanța îi va fi evaluată	Nu ține seama de reguli; se comportă într-o manieră neglijentă
Punitivitate	Se comportă față de sine și față de ceilalți în mod excesiv de punitiv	Îi evită pe ceilalți de teama unei eventuale sancțiuni	Este excesiv de iertător

Un subiect poate trece dintr-o modalitate disfuncțională în alta, schemele cognitive și strategiile de *coping* latente devenind active, ca în cazul unui individ care trece de la o dispoziție tristă la una agresivă. În cazurile în care trecerea de la o modalitate a schemei cognitive la alta nu este conștientizată de subiect avem de-a face cu o tulburare de personalitate de tip disociativ.

Young și colaboratorii (2003) au identificat 10 modalități ale schemelor cognitive timpurii, grupate în următoarele categorii: modalități specifice copilului, modalități disfuncționale parentale și modalități specifice adultului sănătos. Obiectivul psihoterapiei bazate pe schemele cognitive constă în a-l învăța pe client să-și întărească modalitățile specifice adultului sănătos, reușind să negocieze, să integreze, să calmeze sau să neutralizeze modalitățile disfuncționale caracteristice schemelor cognitive.

Conceptul de modalitate a schemei cognitive își are originea în terapia clienților cu tulburare de personalitate de tip borderline (marginală) (Young, Klosko și Weishaar, 2003), ulterior aceasta fiind aplicată și altor categorii de clienți.

Un subiect clinic sănătos se poate afla în diferite modalități cognitive fără a-și pierde sensul identității personale. Modalitățile cognitive normale au un caracter mai puțin rigid, sunt flexibile și deschise schimbării. De asemenea, modalitățile specifice adultului sănătos sunt mai puternice, se activează mai frecvent la subiecții fără tendințe psihopatologice și permit persoanei să exercite un anumit control asupra modalităților disfuncționale dezadaptative. Astfel, dacă un individ sănătos psihic este mânios, modalitatea sa cognitivă de adult va împiedica stările afective negative să scape de sub control.

Printre modalitățile cognitive descrise de Young și colaboratorii (2003) amintim:

Modalitățile specifice copilăriei au un caracter ereditar și universal, toți copiii având în mod potențial capacitatea de a le manifesta, și sunt denumite de autori: copilul vulnerabil, copilul furios, copilul impulsiv (indisciplinat) și copilul fericit. În cursul terapiei aceste concepte vor fi personalizate (Mirela cea părăsită sau micul Paul cel speriat).

Copilul vulnerabil reprezintă modalitatea cognitivă care pune în acțiune cele mai multe scheme cognitive de bază: copilul abandonat, abuzat, deprivat sau respins. Copilul furios reprezintă acea instanță care exprimă sentimente de mânie pentru că nevoile sale emoționale nu au fost satisfăcute, fără a ține seama de consecințele care ar putea apărea, în timp ce copilul impulsiv sau indisciplinat acționează conform impulsurilor și dorințelor sale, de asemenea, fără a lua în considerare posibilele urmări. Copilul fericit reprezintă instanța psihică specifică acelor persoane ale căror nevoi emoționale de bază au fost în general satisfăcute.

Modalitățile cognitive disfuncționale sunt complezentul, protectorul detașat și supracompensatul. Aceste modalități stau la baza celor trei stiluri dezadaptative de *coping*: supunerea, evitarea și supracompensarea.

Tipul complezent acceptă schema cognitivă disfuncțională de bază, redevenind la vârsta adultă copilul pasiv și neajutorat de altădată. Protectorul detașat evită disconfortul psihic generat de schema cognitivă, refugiindu-se în alcool, droguri, hiperactivitate sau evitând contactul cu oamenii. Supracompensatul se apără desconsiderându-i pe ceilalți sau punând în acțiune comportamente extreme în cadrul unui proces de opoziție în raport cu schema cognitivă disfuncțională de bază.

Aceste trei modalități disfuncționale nu fac decât să perpetueze schemele cognitive timpurii.

Modalitatea cognitivă parentală cuprinde starea de părinte punitiv și pe cea de părinte solicitant, stări obținute în urma internalizării comportamentului părintelui semnificativ. Părintele punitiv va avea tendința să sancționeze modalitățile cognitive specifice copilului, în timp ce modalitatea părinte solicitant va împinge subiectul să atingă standarde tot mai înalte.

Modalitatea cognitivă specifică adultului sănătos reprezintă acea instanță psihică ce va fi întărită în timpul demersului terapeutic pentru a controla celelalte modalități cu caracter dezadaptativ.

Identificarea schemelor cognitive dezadaptative de bază

Young, Klosko și Weishaar, (2003 p. 63) consideră că procesul de identificare a acestor scheme cognitive cuprinde următoarele etape:

- Identificarea stilurilor de viață disfuncționale;
- Identificarea și accesarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii;
- Înțelegerea originii schemelor cognitive formate în copilărie și adolescență;
- Identificarea modalităților de răspuns și a stilurilor de *coping*;
- Evaluarea temperamentului clientului;
- Conceptualizarea cazului.

Inițial terapeutul va analiza istoria vieții clientului, problemele sale și obiectivele terapiei, apreciind dacă acesta este potrivit pentru terapia bazată pe scheme cognitive. În cadrul istoriei vieții clientului se vor identifica stilurile de viață disfuncționale care generează insatisfacții și simptome psihopatologice. Terapeutul va explica apoi clientului modelul terapeutic care are la bază schemele cognitive, precizându-se faptul că se va lucra pentru identificarea acestor scheme și a stilurilor de a face față existenței (*coping*).

Clientul va completa o serie de chestionare ale căror rezultate vor fi discutate în cadrul ședințelor de psihoterapie. Se vor aplica strategii ale psihoterapiei experiențiale, în special tehnica imageriei dirijate, pentru a accesa schemele cognitive, dar și pentru a stabili legătura dintre schemele cognitive, evenimentele din copilăria subiectului care le-au generat și problemele prezente. Terapeutul va evidenția modul de funcționare a schemelor cognitive și a stilurilor de *coping*, așa cum se manifestă ele în cadrul relației terapeutice. În continuare vor fi evidențiate particularitățile temperamentale ale clientului.

Faza de evaluare cuprinde o componentă cognitivă și una emoțională: în cadrul celei cognitive clientul va identifica schemele cognitive prin mijloace raționale: chestionare, analiză logică și prin interpretarea unor date empirice, în timp ce înțelegerea intuitivă, în plan emoțional, va avea la bază tehnica imageriei dirijate.

Decizia dacă schema cognitivă identificată este cea corectă va fi în mare măsură fundamentată pe factori de natură emoțională, rezultați în urma aplicării strategiei imaginației dirijate (în ce măsură clientul simte că schema cognitivă identificată i se potrivește).

Obiectivul final al etapei de evaluare îl reprezintă conceptualizarea cazului în termenii psihoterapiei bazate pe scheme cognitive.

Evaluarea durează în medie cam cinci ședințe, deși pentru clienții supracompensați poate să fie nevoie de mai multe (Young, Klosko și Weishaar, 2003).

Studiu de caz

Clienta este Mariana, secretară, în vârstă de 28 de ani, studentă în anul III la o facultate particulară de profil juridic. Clienta este necăsătorită și nu are copii.

Scheme cognitive relevante:
1. Deprivare emoțională (de empatie, protecție, grijă);
2. Sacrificiu de sine;
3. Neîncredere/abuz
4. Incapacitate/ autodevalorizare, jenă;
5. Grandoare;
6. Insuficient autocontrol și disciplină.
Probleme curente:
1. Depresie
Scheme cognitive care stau la baza acesteia: deprivare emoțională; sacrificiu de sine; incapacitate; autodevalorizare.
2. Consum abuziv de alcool
Are la bază strategiile de a face față deprivării emoționale, neîncrederii, abuzului și autodevalorizării.
3. Dificultăți relaționale: se întâlnește cu parteneri nepotriviți, are dificultăți de a iniția și menține relații bazate pe intimitate.
Au la origine schemele cognitive disfuncționale de deprivare emoțională, abuz, neîncredere, autodevalorizare, sacrificiu de sine.
4. Probleme profesionale: comite multe erori, nu-și duce la îndeplinire sarcinile profesionale, schimbă des locurile de muncă.
Scheme cognitive: autocontrol insuficient, imagine de sine hipertrofiată (grandoare).
Declanșatorii schemelor cognitive:
a. alegerea unui prieten;
b. încercările de a avea o relație apropiată cu acesta;
c. momentele în care se simte singură;
d. momentele în care își pune problema că are nevoie de terapie, când se gândește la necazurile sale;
e. când i se cere să îndeplinească sarcini de rutină plictisitoare.
Temperament: melancolic
Factori heredocolaterali absenți.
Factori care au contribuit la formarea și structurarea schemelor cognitive disfuncționale:

BCU INSTITUTUL UNIVERSITAR LIBRARY

1. Mama anxioasă și neajutorată.
Niciunul dintre părinți nu a răspuns nevoilor emoționale ale clientei.
2. Tatăl coleric, consumator abuziv de alcool, agresiv. Mariana s-a aflat de nenumărate ori în situația de a-și proteja mama de crizele de mânie ale tatălui. Clientei nu i s-au stabilit limite în ceea ce privește disciplina și a avut tot ceea ce a cerut. Membrii familiei nu și-au împărtășit niciodată sentimentele și nu au discutat despre problemele lor.
Amintiri sau imagini din copilărie:
Tatăl era beat și furios. Clienta și mama ei erau speriate. Mama îi cerea ajutorul și nu îi oferea suport, protecție sau căldură sufletească.
Distorsionări cognitive
1. Nimeni nu va avea grijă de mine. Trebuie să fiu mereu puternică și să stau pe propriile mele picioare.
2. Trebuie să fie ceva în neregulă cu mine pentru că am prea multe probleme emoționale.
3. Majoritatea bărbaților sunt răi, alcoolici, agresivi, imprevizibili.
4. Trebuie să fac și să am tot ceea ce îmi doresc.
5. Nu trebuie să am de-a face cu sarcini sau persoane care sunt plictisitoare sau lipsite de atractivitate.
Comportamente complezente (de supunere):
1. Nu cere celorlalți să aibă grijă de ea sau să o protejeze.
2. Are grijă de mama ei și nu pretinde nimic în schimb.
3. Nu discută despre sentimentele și punctele ei slabe cu alte persoane.
Comportamente de evitare:
1. Consumă alcool în exces.
2. Caută noul și stimularea pentru a evita confruntarea cu stările ei emoționale.
3. Evită să se gândească la lucruri negative sau să trăiască stări afective negative.
4. Evită relațiile bazate pe intimitate.
Comportamente supracompensate:
Se comportă teatral, ca și cum ar deține controlul, deși se simte vulnerabilă și slabă.
Modalitățile cognitive relevante:
1. Mariana cea înțeleaptă (protectorul detașat)
2. Mariana cea mică (copilul singuratic și speriat)
3. Mariana cea răsfățată
Aspecte rezultate în urma analizei relației client–terapeut:
Mariana disimulează tot timpul, refuzând să admită nevoia sa puternică de atașament, vulnerabilitatea, faptul că se simte singură. Clienta face tot posibilul să evite exercițiile de imagerie dirijată sau discuțiile referitoare la evenimente stresante sau stări afective negative. De asemenea, de cele mai multe ori clienta nu-și îndeplinește temele pentru acasă afirmând că acestea i se par plictisitoare și o enervează.

Cu toate acestea, Maria este de părere că terapia se desfășoară în bune condiții și că relația cu terapeutul este pozitivă. Acesta din urmă se simte oarecum frustrat de indisciplina clientei, dar și de faptul că ea nu ține seama de ceilalți (modalitatea cognitivă „Mariana cea răsfățată").

Conceptualizarea cazului are o mare importanță asupra desfășurării tratamentului deoarece pe baza acesteia se aleg strategiile terapeutice și se fixează obiectivele ce vor trebui atinse.

O corectă identificare a schemelor cognitive ghidează intervenția, optimizează relația terapeutică, pentru că pacientul se va simți înțeles, și anticipează dificultățile posibile care pot să apară pe parcursul psihoterapiei. De asemenea, identificarea cât mai corectă a schemelor cognitive este necesară și datorită faptului că strategiile de intervenție sunt individualizate pentru fiecare client și pentru fiecare schemă cognitivă în parte.

Așa cum am mai subliniat, inițial terapeutul va evalua problemele curente pentru care se prezintă clientul la psihoterapie. Acestea ar trebui formulate în termeni cât mai concreți. Astfel, de pildă, în loc să noteze faptul că o clientă are dificultăți în relațiile interpersonale, terapeutul va prefera o formulare de tipul următor:

„Clienta X alege în mod repetat parteneri alcoolici și agresivi".

El va căuta să explice natura relațiilor interpersonale ale clientei prin prisma schemelor sale cognitive și a stilurilor de a face față existenței (*coping styles*).

Psihoterapia bazată pe scheme cognitive nu este potrivită pentru următoarele categorii de subiecți sau situații:

- clienții aflați într-o criză existențială majoră
- clienți psihotici
- clienți care suferă de tulburări psihopatologice acute (specifice axei I a DSM) și care trebuie abordate imediat;
- problema clientului are un caracter situațional și nu are legătură cu o schemă sau cu un stil de viață.

În aceste cazuri demersul terapeutic centrat pe schema cognitivă va fi contraindicat sau amânat.

Astfel, dacă pacientul suferă de depresie majoră, atacuri de panică severe, insomnii sau bulimie, aceste probleme vor fi abordate prioritar. De asemenea, clienții toxicomani sunt anesteziați sub aspect afectiv și nu dispun de posibilitatea de a se confrunta cu emoțiile lor în vederea progresului terapiei.

BCU "LUCIAN BLAGA" CLUJ-NAPOCA UNIVERSITY LIBRARY

În cursul interviurilor preliminare terapeutul va căuta să verifice dacă problemele clienților au un caracter situațional sau reflectă un anumit stil de viață.

De pildă în cazul unui subiect în vârstă de 69 de ani cu depresie severă, rezistentă la tratament, care s-a prezentat la psihoterapie în urma decesului soției, întrebarea care se pune este dacă depresia are la bază o schemă cognitivă sau este doar o reacție de doliu. Terapeutul va analiza istoria vieții clientului începând cu problemele curente și terminând cu psihotraumele copilăriei, pentru a identifica posibilele activări ale unor scheme cognitive din trecut.

Vor fi identificate de asemenea și stilurile cognitive bazate pe supunere (complezență), evitare sau supracompensare. Va fi explicat și conceptul de stil de *coping*, stil care s-a format în copilărie și l-a ajutat să facă față stresului, dar care în prezent nu mai are un caracter adaptativ.

Astfel, de pildă, în cazul clientei Daniela, o arhitectă în vârstă de 37 de ani care nu se înțelege cu al doilea soț, terapeutul va investiga relațiile trecute ale acesteia cu bărbați semnificativi.

Terapeutul: Au semănat celelalte relații pe care le-ai avut cu bărbații cu cea pe care o ai cu Radu?

Daniela: Toate au fost la fel, parcă am trăit niște scenarii în oglindă. Cei trei parteneri pe care i-am avut au fost alcoolici, agresivi, au avut funcții importante, mi-au oferit bani, afirmând că mă iubesc foarte mult. Radu abuzează de mine în plan emoțional, Dan m-a lovit de mai multe ori, iar Andrei m-a abandonat fizic, lipsind mereu noaptea de acasă.

Analizând afirmațiile clientei, terapeutul a emis ipoteza că ar putea fi vorba de scheme cognitive bazate pe abandon și respingere. Relațiile Danielei vin în sprijinul interpretării relației actuale cu soțul prin prisma conceptelor bazate pe scheme cognitive. Pentru a supracompensa schema cognitivă de abandon și respingere, Daniela a devenit revendicativă și certăreață, ceea ce a condus la conflicte frecvente cu Radu, clienta repetând comportamentul său din copilărie, când își provoca tatăl. Rezultatul acestui mod de interacțiune este că pacienta suferă un sentiment și mai puternic de deprivare, schema cognitivă disfuncțională de bază fiind perpetuată. Schema de abandon este strâns legată de schema de incapacitate (autodevalorizare) pentru că atunci când este agresată sau respinsă Daniela se învinovățește pe sine considerând că nu este destul de bună pentru a fi iubită necondiționat.

Instrumente deosebit de utile în evalare s-au dovedit Chestionarul de scheme cognitive Young (YSQ-L2; Young și Brown, 1900, 2001),

Inventarul de relații parentale Young (YP I ; Young 1994), Inventarul de evitare Young — Rygh (Young și Rygh, 1994) și Chestionarul de compensare Young (Young, 1995).

Itemii chestionarelor, la care se obțin scoruri ridicate sunt analizați în detaliu împreună cu clientul. În cele ce urmează vom prezenta în detaliu modalitatea de evaluare a schemelor cognitive prin intermediul imageriei dirijate (Young, Klosko și Weishaar, 2003 p. 79) .

Obiectivele imageriei dirijate sunt următoarele:

- identificarea și accesarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii;
- înțelegerea de către subiect a originii schemelor respective în copilăria timpurie;
- stabilirea legăturii dintre schemele cognitive și problemele curente;
- ajutarea clientului să trăiască stările afective asociate schemelor cognitive.

Prezentăm mai jos un exercițiu de imaginație dirijată adaptat după Young (1995, p. 80).

Închide ochii și imaginează-ți că te afli într-un loc unde te simți în deplină siguranță. Fă apel la imagini și nu la gânduri sau cuvinte. Lasă imaginile să se deruleze de la sine și fii atent la detalii. Spune-mi ce simți? Ești singur sau împreună cu o altă persoană?... Bucură-te de relaxare și sentimentul de siguranță interioară...

Rămânând în continuare cu ochii închiși, șterge reprezentarea formată anterior și imaginează-ți că te afli împreună cu unul din părinții tăi într-o situație stresantă. Unde te afli? Ce anume vezi? Câți ani aveai atunci? Ce se petrece? Fii atent la detalii...

Ce anume simți? La ce te gândești? Ce simte sau gândește părintele tău? Imaginează-ți că porți un dialog cu părintele tău, dialogul se derulează spontan și se încheie de la sine. Ce spui tu? Ce răspunde părintele?

Caută să-ți imaginezi cum ai dori să se comporte părintele tău, chiar dacă acest lucru îți pare imposibil. Ai dori ca acesta să fie mai afectuos, să-ți ofere mai multă libertate, să fie mai înțelegător, mai puțin critic sau să fie un model pentru tine? Acum spune-i părintelui din imagine, cu vorbele de copil, cum ai dori ca el să se schimbe.

Cum reacționează părintele tău? Ce se întâmplă în cadrul noii imagini? Lasă scena să se deruleze de la sine. Cum te simți acum, după ce scena s-a încheiat?

Rămânând în continuare cu ochii închiși caută să intensifici starea afectivă pe care ai trăit-o atunci când erai copil. Fixează starea respectivă undeva în interiorul ființei tale și acum caută să retrăiești o altă scenă din viața ta de adult când ai încercat sentimente asemănătoare. Lasă imaginile să vină de la sine. Ce se petrece în acea imagine? La ce te gândești? Ce simți? Dacă mai este vreo persoană în cadrul acelei imagini, spune-i în ce fel ai dori ca aceasta să se schimbe? Cum reacționează persoana respectivă? Alungă imaginile respective de pe ecranul tău mintal, revino în locul în care te simți în deplină siguranță și bucură-te câteva minute de starea de relaxare plăcută și odihnitoare. Revino apoi la starea obișnuită și deschide ochii.

Studiu de caz

1. Nicoleta, o economistă în vârstă de 28 de ani, s-a prezentat la psihoterapie pentru tulburare depresivă recurentă.
Clienta lucra la serviciul de marketing al unei companii importante și a fost promovată în scurt timp pentru că era un excelent negociator și pentru că adesea se oferea să preia sarcinile pe care alții le refuzau. Deși avea performanțe profesionale, terapeutul a emis ipoteza că depresia era indicatorul faptului că refugiul ei în hiperactivitate era generat de o schemă cognitivă disfuncțională timpurie.
Nicoleta a relatat faptul că a crescut într-o familie cu reguli rigide în cadrul căreia nimeni nu avea dreptul să-și exprime mânia sau dezaprobarea cu excepția tatălui, de profesie procuror. Nicoleta era cea mai mare dintre cele trei surori, ea având grijă de surorile mai mici, pentru că mama suferea de inimă. Deși clienta avea multe responsabilități legate de îngrijirea surorilor, ea nu avea voie să se plângă, obligația ei fiind să se sacrifice pentru surori și părinți, care aveau mai multe nevoi decât ea. În timpul exercițiului de imagerie dirijată, Nicoleta și-a reamintit o scenă în care a fost acuzată pe nedrept de tatăl ei că i-a dat mamei alt medicament decât trebuie. De fapt sora ei mai mică administrase medicamentul, dar Nicoletei i s-a părut nepotrivit să o implice pe sora ei, așa că a luat vina asupra sa.
Clienta și-a imaginat scena în care stătea în fața tatălui ei furios care o certa, reprimându-și mânia din dorința de autosacrificiu. Scena actuală care i-a venit în minte a fost una în care lua de asemenea vina asupra ei atunci când o colegă comitea vreo eroare.
Schema cognitivă timpurie disfuncțională, bazată pe sacrificiul de sine, o făcea pe clientă să fie foarte ușor de exploatat la locul de muncă, la fel ca și în familia de origine, aceasta reprimându-și mânia și devenind tot mai depresivă. Schema bazată pe autosacrificiu atrăgea după sine și activarea schemei de deprivare emoțională pentru că centrarea asupra nevoilor celorlalți îi frustra propriile trebuințe, Nicoleta având grijă de cei din jur, dar nimeni neavând grijă de ea.

Exercițiul de imagerie dirijată a ajutat-o pe clientă să înțeleagă originile schemei sale cognitive disfuncționale timpurii formate în copilărie, realizând legătura dintre această schemă și tulburarea depresivă.

2. Georgeta, în vârstă de 49 de ani, patroana unui magazin de îmbrăcăminte, cu succes în afaceri, s-a prezentat la psihoterapie pentru anxietate generalizată și atacuri de panică.
La a doua ședință de psihoterapie clienta a devenit și mai anxioasă, fără să aibă un motiv anume. Analizând evenimentele din cursul săptămânii trecute, clienta și-a amintit că fiul ei în vârstă de 24 de ani a întârziat să o ia cu mașina de la serviciu. Deși în mod rațional Georgeta era conștientă de faptul că nu are motive de îngrijorare, anxietatea și atacurile de panică s-au accentuat.
Terapeutul i-a cerut să se relaxeze și să evoce mental scena în care aștepta ca fiul ei să vină să o ia. După ce clienta a realizat acest lucru și a trăit un puternic sentiment de spaimă, terapeutul i-a cerut să-și amintească o scenă din copilărie când s-a simțit la fel. Clienta și-a amintit că se afla în ultima zi de tabără la Păltiniș, așteptând ca părinții să vină să o ia acasă. Pentru că mama ei suferea de depresie și tatăl era navigator, clienta se temea că nu va veni nimeni să o ia din tabără. În momentul în care a constatat că este ultimul copil care a rămas în tabără, clienta a intrat în panică și a început să-și împacheteze și despacheteze lucrurile în mod compulsiv. Această imagine a ilustrat schema cognitivă de abandon a clientei.
Clienta a înțeles motivul pentru care s-a simțit atât de speriată când a întârziat fiul ei, identificând schema cognitivă disfuncțională care se afla la baza anxietății și atacurilor de panică.

Simptomele somatice reprezintă de cele mai multe ori simptome ale schemelor cognitive bazate pe evitare.

Studiu de caz

Marcel, medic orelist în vârstă de 41 de ani, a urmat mai multe programe de psihoterapie pentru teama obsesivă că are o tumoare malignă care în cele din urmă îl va ucide, deși probele de laborator nu arătau nimic patologic.
Terapeutul a aplicat tehnica imaginației dirijate în stare de transă hipnotică, cerându-i clientului să descrie dimensiunile, forma, culoarea și focalizarea așa-zisei tumori. În continuare i-a cerut clientului să întrebe tumora de ce se află în trupul său. Răspunsul imaginar a fost că tumora se află acolo pentru a-l pedepsi că nu muncește suficient de mult și de bine.
Terapeutul i-a solicitat apoi să-și imagineze cine l-a făcut să se simtă la fel atunci când era copil. Imaginea care a apărut a fost aceea a mamei sale, de profesie învățătoare, care îl pedepsea dacă nu avea numai note de 10. Tehnica imageriei dirija-

te l-a ajutat pe Marcel să înțeleagă schema cognitivă bazată pe standarde nerealiste care îi producea simptomul psihosomatic.

Evitarea schemelor cognitive reprezintă cel mai serios obstacol în aplicarea cu succes a tehnicii imageriei dirijate. Acest comportament de evitare se poate manifesta în mai multe feluri: clientul poate refuza să facă exercițiul afirmând că nu îi este de folos, poate adresa mai multe întrebări terapeutului pentru a-i distrage atenția, poate deschide ochii în timpul aplicării tehnicii, poate afirma că vede doar un ecran gol sau poate accesa doar imagini cu caracter foarte vag.

Aceste dificultăți pot fi depășite dacă terapeutul va oferi explicații suplimentare în legătură cu procedura și va începe cu exerciții de imagerie dirijată pe teme relaxante, cu o încărcătură psihoemoțională mai redusă. O metodă interesantă de a depăși blocajele generate de evitarea schemelor cognitive constă în a iniția un dialog imaginar în cadrul căruia se va negocia cu instanța psihică numită „protectorul detașat" să ofere acces clientului la instanța numită „copilul vulnerabil".

Young și colaboratorii (2003) sunt de părere că acei clienți care manifestă scheme cognitive puternice bazate pe evitare sau supracompensare au mari dificultăți în aplicarea tehnicii imageriei dirijate pentru că nu pot tolera stările afective negative. În cazul acestor pacienți este necesară formarea unei alianțe terapeutice mai strânse și abia apoi aplicarea strategiei imaginative.

Așa cum am mai subliniat, schemele cognitive disfuncționale de bază pot fi evidențiate și în timpul relației dintre client și terapeut. Astfel, de pildă, un client cu o schemă cognitivă de dependență va solicita în mod excesiv ajutorul terapeutului pentru completarea chestionarelor sau pentru redactarea temelor pentru acasă, un altul cu o schemă cognitivă de grandoare va solicita un tratament special din partea terapeutului, în timp ce un client cu o schemă cognitivă bazată pe suspiciune și neîncredere va fi preocupat de notițele pe care le ia terapeutul și va iniția discuții cu privire la confidențialitatea discuțiilor. Terapeutul va împărtăși clientului informațiile pe care le-a obținut purtând discuții calde și empatice în termenii terapiei bazate pe scheme cognitive.

Un alt element important al evaluării terapeutice constă în evidențierea tipului temperamental care influențează stilul subiectului de a face față existenței.

Pentru a atinge acest obiectiv terapeutul va adresa clientului întrebări de tipul următor:

- Ce spuneau părinții despre felul tău de a fi când erai copil (cum îți exprimai emoțiile?; cum te purtai cu ceilalți?).
- Te consideri o persoană plină de energie sau apatică?
- Te consideri o persoană optimistă sau pesimistă?
- Cum te simți atunci când ești singur?
- Cât de frecvent plângi?; Cât de frecvent îți ieși din fire?
- Obișnuiești să-ți faci griji aproape tot timpul?

Schemele cognitive disfuncționale de bază pot fi evidențiate și în urma analizei evenimentelor de viață pe care le-au trăit clienții. Vor fi discutate în timpul terapiei acele situații în care clientul a avut reacții emoționale deosebit de intense. Informații importante pot fi obținute și dacă se investighează reacțiile emoționale și comportamentele manifestate de client în cadrul terapiei de grup sau în urma analizei viselor.

Strategiile de modificare a schemelor cognitive disfuncționale de bază

Strategii cognitive

Acestea vor avea drept scop întărirea modalității cognitive specifice adultului prin intermediul modificării schemelor cognitive disfuncționale cu ajutorul tehnicii contraargumentării. Terapeutul îl va învăța pe client să aducă contraargumente împotriva veridicității schemelor cognitive disfuncționale de bază, întărind astfel modalitatea cognitivă specifică adultului.

La început clientul va face apel la strategiile cognitive pentru a conștientiza caracterul eronat sau cel puțin exagerat al schemelor cognitive. Acestea vor fi considerate ca fiind ipoteze al căror adevăr va trebui verificat prin intermediul aducerii unor argumente pentru sau împotriva acestora.

Terapeutul îi va explica pacientului faptul că schemele cognitive au fost utile în copilărie pentru că l-au ajutat să facă față stresului, dar la vârstă adultă ele au un caracter dezadaptativ, comportamentul clientului nefăcând altceva decât să le mențină și să le întărească.

Strategiile cognitive utilizate sunt următoarele:

- testarea gradului de veridicitate al schemei cognitive;

- reinterpretarea dovezilor care vin în sprijinul schemei cognitive;
- evaluarea avantajelor și dezavantajelor menținerii stilului adaptativ (de *coping*) al clientului;
- realizarea unui dialog între instanța psihică ce reprezintă schema cognitivă disfuncțională și instanța psihică echilibrată;
- completarea unor cartele și jurnale în cadrul cărora clientul trebuie să-și noteze experiențele.

Demersul de combatere a convingerilor negative care stau la baza schemei cognitive disfuncționale este asemănător celui de combatere a gândurilor negative automate, diferența constând în aceea că terapeutul va utiliza argumente de pe parcursul întregii vieți a clientului și nu numai din analiza unor situații actuale. Clienților le va fi foarte ușor să găsească argumente în favoarea schemei lor cognitive și mult mai greu împotriva acesteia, pentru că de-a lungul întregii lor existențe nu au făcut altceva decât să adune în mod selectiv acele informații care vin în sprijinul schemei și să le ignore pe celelalte.

Studiu de caz

Andreea, asistentă medicală la un cabinet de psihiatrie, mama unei fetițe de 7 ani, funcționa pe baza unei scheme de incapacitate și autodevalorizare formală în urma interacțiunii cu mama ei care era alcoolică.

Tatăl clientei a părăsit familia atunci când clienta avea cinci ani și, deși i-a oferit sprijin material, nu s-a implicat în educația ei.

Andreea s-a simțit adesea umilită de faptul că mama ei apărea beată în locuri publice și o făcea de râs (a venit la școală sau la clubul sportiv unde aceasta se antrena). Andreea nu aducea prieteni acasă de teamă că mama ei se va da în spectacol, iar viața ei era lipsită de reguli clare.

Lista argumentelor Andreei pentru faptul că este o persoană lipsită de valoare este următoarea:

a. Nu sunt și nu am fost niciodată la fel ca toți ceilalți.

b. Familia mea a fost diferită de cea a prietenilor mei.

c. Familia mea m-a făcut de rușine.

d. Nimeni nu m-a iubit și nu a avut grijă de mine când am fost copil. Tatăl meu nici nu a vrut să mă vadă.

e. Sunt stângace, temătoare, timidă și neîndemânatică atunci când relaționez cu cei din jur.

f. Nu știu să mă port cu ceilalți, nu cunosc regulile sociale.

g. Am permanent nevoie de aprobare și de a fi acceptată.

h. Mă simt foarte ostilă pe dinăuntru.

Este important de subliniat faptul că, deși Andreea are o părere foarte proastă referitoare la abilitățile ei sociale, se comportă foarte bine în public, problema ei nefiind abilitățile sociale, ci anxietatea socială.

Clientei i-a venit foarte greu să alcătuiască cealaltă listă, de argumente împotriva schemei cognitive de autodevalorizare. Terapeutul a intervenit în acest moment adresându-i întrebări ajutătoare de tipul: „Poți identifica vreun aspect pozitiv la tine?"; „Ce ți-au spus ceilalți că faci bine?"

Lista de argumente împotriva schemei cognitive disfuncționale care a rezultat a cuprins următoarele afirmații.

1. Soțul și fetița mea țin la mine.
2. Familia soțului mă apreciază.
3. Prietenele mele Corina și Dana țin la mine.
4. Pacienții mă iubesc și sunt mulțumiți de mine.
5. Șeful meu medic psihiatru mă apreciază.
6. Am obținut numai calificative foarte bune la serviciu.
7. Îmi pasă de sentimentele și nevoile celorlalți.
8. Mă străduiesc să-mi fac datoria cât mai bine.
9. Atunci când mă enervez, am motive întemeiate.

O altă etapă a demersului terapeutic cognitivist constă în dirijarea clientului să identifice modalitățile prin intermediul cărora acesta neagă sau ignoră dovezile împotriva schemei disfuncționale.

În cazul Andreei au fost identificate următoarele aspecte:

a. Îmi spun în gând că îmi păcălesc soțul și fetița și de asta ei țin la mine. Ei nu mă cunosc cu adevărat.

b. Eu fac mai mult pentru familia mea decât fac ei pentru mine și cred că acesta este singurul motiv pentru care le pasă de mine.

c. Atunci când ceilalți mă laudă, nu îi cred, considerând că mă flatează din alte motive (din politețe, pentru a obține ceva de la mine etc.).

d. Îmi spun că sunt sensibilă și receptivă la nevoile celorlalți doar din slăbiciune, pentru că nu am curajul să-mi susțin opiniile.

e. Îmi fac reproșuri pentru că am fost agresivă cu mama mea atunci când a băut prea mult și s-a simțit rău.

Terapeutul îi va explica pacientei că aceste afirmații nu reprezintă altceva decât modalități de perpetuare a schemei cognitive disfuncționale. În continuare terapeutul va analiza argumentele aduse de clientă în favoarea schemei disfuncționale și le va reeticheta atribuindu-le alte cauze decât cele pe care le-a identificat pacienta.

Experiențele pe care le-a trăit clientul în copilărie vor fi interpretate ca efectele unor relații patologice din familie și nu ca dovezi că schema cognitivă dezadaptativă este adevărată. Clientului îi va fi explicată maniera în care comportamentul de perpetuare a schemei cognitive o transformă pe aceasta într-o profeție autoîmplinită.

Astfel, de pildă, Andreea considera că tatăl ei nu a iubit-o pentru că nu merita să fie iubită. Analizând această experiență, terapeutul i-a demonstrat că tatăl era o fire egoistă care nu a iubit pe nimeni, fiind incapabil de dragoste și devotament.

Terapeutul va sublinia faptul că datorită stilului adaptativ de perpetuare a schemei disfuncționale, clientul nu a supus-o niciodată unei testări reale.

Astfel, Marta, o farmacistă în vârstă de 43 de ani, a afirmat că a avut relații intime cu trei parteneri (un prieten și doi soți) și că toți trei erau critici și agresivi cu ea. Terapeutul i-a demonstrat faptul că schema ei cognitivă disfuncțională bazată pe incapacitate și autodevalorizare a determinat-o să-și aleagă parteneri agresivi, în cadrul comportamentului de perpetuare a schemei cognitive.

O altă metodă cognitivă constă în ajutarea clientului să identifice avantajele și dezavantajele menținerii unui anumit comportament de a face față vieții în acord cu cerințele schemei cognitive (comportament de *coping*). Terapeutul va sublinia încă o dată faptul că strategiile de *coping* utilizate de client au fost utile în copilărie, dar la vârsta adultă au devenit dezadaptative.

Ileana, studentă la filosofie, în vârstă de 20 de ani, se comporta în conformitate cu o schemă cognitivă bazată pe abandon, stilul său de *coping* fiind unul de evitare. Clienta se ferea de băieți, refuza întâlnirile, petrecându-și timpul la calculator sau împreună cu o prietenă apropiată. Dacă totuși accepta să se întâlnească cu un băiat care îi plăcea, Ileana încheia brusc relația fără un motiv întemeiat.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Ești de acord să notăm avantajele și dezavantajele comportamentului tău prin care eviți să ai relații apropiate cu băieții sau închei orice relație care ar putea deveni atractivă?

Ileana: Da, sunt de acord.

Terapeutul: Să vedem care ar fi avantajele faptului că eviți relațiile cu sexul opus sau închei în mod prematur orice relație interesantă.

Ileana: Este clar. Nu va trebui să suport suferința de a fi părăsită. Îi părăsesc eu înainte să mă părăsească ei pe mine.

Terapeutul: Cum ar fi dezavantajele acestui mod de a te comporta?

Ileana: Un dezavantaj ar fi că în felul acesta am pierdut multe relații care ar fi putut funcționa.

Terapeutul: Ce simți în legătură cu despărțirea de ultimul tău prieten, Daniel?

Ileana: Mă simt eliberată. Nu va mai trebui să-mi fac griji că mă va părăsi la un moment dat.

Terapeutul: Mai simți cumva și altceva?
Ileana: Da. Mă simt foarte tristă. Mi-e foarte dor de el pentru că m-am simțit minunat când eram împreună.

Strategia dialogului imaginar între instanța care susține schema cognitivă și instanța psihică „sănătoasă"

Această strategie este inspirată din gestaltterapie, reprezentând o variantă a tehnicii „scaunului gol". Deoarece clienții nu au suficientă experiență pentru a juca rolul instanței psihice sănătoase, la început terapeutul va juca acest rol, iar clientul pe cel al instanței psihice care reprezintă schema cognitivă dezadaptativă.

Atunci când clientul este capabil să joace ambele roluri i se va cere să se mute de pe un scaun pe altul în funcție de rolul jucat. Tehnica va fi aplicată până când pacientul va fi capabil să joace rolul instanței psihice sănătoase, în mod natural și automat.

Studiu de caz

Andrei, un inginer în vârstă de 31 de ani, se prezintă la psihoterapie pentru anxietate socială, dificultăți de a-și controla manifestările emoționale impulsive, precum și pentru dificultatea de a-și găsi o parteneră stabilă.
Andrei nu avea încredere în femei, se aștepta să fie respins și evita situațiile sociale unde ar fi putut întâlni femei disponibile. Clientul a avut o copilărie nefericită din cauza unui tată alcoolic și a unei mame care îl abuza fizic și emoțional.
Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic.
Terapeutul: Vom realiza acum un dialog imaginar între două persoane. Una dintre ele reprezintă schema ta cognitivă bazată pe abuz, neîncredere și abandon. Este vorba de o parte din tine care nu are încredere în femei, considerând că acestea nu te vor găsi atrăgător. Cealaltă parte a personalității tale este cea mai sănătoasă psihic. Ai înțeles despre ce este vorba?
Andrei: Da.
Terapeutul: Imaginează-ți că te afli la o petrecere unde se dansează. Ai dori să te apropii de o fată, dar nu ai curajul... îți vine s-o iei la fugă. Ce ar spune acea parte a personalității tale care te îndeamnă să te retragi?
Andrei (joacă rolul schemei disfuncționale): Mă simt foarte nervos și speriat. Cred că tânăra blondă din colț nu va accepta invitația mea la dans. Ea va râde de mine văzând cât sunt de timid. Mai bine aș pleca acasă. Fata îmi place, dar probabil nu sunt la înălțimea ei nici ca aspect fizic, nici intelectual și nici social. Cu siguranță ea va fi atrasă de alți tineri.
Terapeutul: Caută să joci rolul părții adaptate și sănătoase din tine.

BCU "BABEȘ-BOLYAI" UNIVERSITY LIBRARY

Andrei: Nu te grăbi să te judeci. Ai o serie de calități care ar putea s-o atragă pe fata respectivă. Ai o statură atletică, ai terminat o facultate, ai un serviciu bine plătit, bine educat, ești sensibil, ai citit mult și ești receptiv față de problemele femeilor. Este foarte probabil ca fata să te placă.
Dialogul va continua în termenii următori:
Andrei (rolul schemei disfuncționale): Nu poți avea încredere în femei pentru că sunt neserioase și instabile. Niciodată nu poți ști cum trebuie să procedezi cu ele. Mai bine nu încep nicio relație.
Terapeutul: E bine. Acum joacă rolul instanței adaptate.
Andrei: Femeile sunt și ele tot oameni ca și bărbații. Ele pot fi drăguțe și rezonabile. Merită să încerc.
Terapeutul: Încearcă să observi diferența dintre alte femei și mama ta.
Andrei: Nu toate femeile sunt neapărat ca mama mea. Fiecare femeie este o persoană unică, așa cum sunt și eu, și trebuie tratată în mod individual. Sunt și femei care au sisteme de norme și valori chiar mai solide decât ale mele. Femeile, ca și bărbații pot avea părți bune și părți rele.

În cazul în care clientul afirmă că nu crede cu adevărat în afirmațiile instanței psihice sănătoase, terapeutul îi va da acestuia o replică de genul următor:

„Mulți clienți gândesc la fel ca tine: ei înțeleg sub aspect rațional argumentele instanței psihice adaptate, dar în plan afectiv nu cred în ea. Ceea ce îți cer în momentul respectiv este să fii de acord cu argumentele logice asupra nivelului emoțional, urmând să acționăm mai târziu".

Completarea unor cartele care să cuprindă rezumatul aspectelor asupra cărora s-a lucrat în timpul terapiei bazate pe scheme cognitive

Acestea vor cuprinde în principal răspunsurile adaptative pe care trebuie să le dea clientul atunci când se confruntă cu situații declanșatoare ale unei scheme cognitive disfuncționale de bază și vor fi purtate de acesta asupra sa în afara ședințelor de psihoterapie.

Prezentăm în pagina următoare un model de astfel de cartelă, **adaptat** după Young, Wattenmaker și Wattenmaker 1996 (Young și colab. 2003, p. 105).

Numele și prenumele clientului:
Date personale:
Motivele pentru care urmează un program de psihoterapie:
_____
Ședința de psihoterapie:
Conștientizarea stărilor afective prezente:
În momentul de față mă simt _____ pentru că _____
(stare afectivă) (situație)
Identificarea schemei cognitive disfuncționale:
Este probabil efectul schemei mele cognitive disfuncționale bazate pe _____ formată încă din copilărie și care mă determină să interpretez greșit sau exagerat evenimentele _____.
Combaterea schemei cognitive:
Deși sunt convins că _____ adevărul este că _____.
(gândire negativă) (gândire alternativă)
Argumentele mele pentru a susține modul sănătos de gândire sunt următoarele _____.
Recomandări:
Atunci când îmi spun în gând că _____ și îmi vine să acționez _____,
(comportament negativ)
mai bine mă comport astfel: _____.
(comportament dezirabil)

Cartelele respective sunt redactate de client sub îndrumarea terapeutului, acesta din urmă jucând un rol activ în cadrul acestui demers, deoarece clientul nu a interiorizat încă în suficientă măsură punctul de vedere al instanței psihice sănătoase.

Textul integral al cartelei completate de Andrei ar putea suna astfel: „Acum mă simt foarte speriat și nervos pentru că aș dori să fac cunoștință cu o fată care îmi place și mă tem că nu mă va găsi atrăgător.

Sunt conștient de faptul că starea mea reprezintă consecința schemei disfuncționale timpurii bazată pe abuz, neîncredere și lipsa valorii personale.

BCU "LUCIAN BLAGA" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Această schemă s-a format în copilărie pe baza interacțiunilor cu mama mea și nu are nimic de-a face cu valoarea mea personală și nici cu faptul că fata respectivă este serioasă și de încredere.

Realitatea este că pot fi o persoană caldă și afectuoasă (sunt foarte atașat de nepotul meu în vârstă de 9 ani).

Femeile pot fi la fel de rezonabile și de încredere ca și bărbații.

Deși mă simt speriat și nervos, mai bine încerc să fac cunoștință cu fata respectivă pentru că altfel risc să rămân singur".

Jurnalul clientului

Completarea acestuia se va face într-o etapă mai avansată a terapiei și presupune ca pacientul să elaboreze singur răspunsuri adaptative atunci când schema cognitivă disfuncțională este activată.

În jurnal va fi notat evenimentul activator, stările emoționale, gândurile, comportamentele, schemele cognitive care stau la baza acestora, punctele de vedere și îngrijorările cu caracter realist, reacțiile dispoziționale și comportamentele cu caracter adaptativ.

Prezentăm mai jos un fragment din jurnalul lui Caty, manager de nivel mediu la o companie de publicitate.

Schema cognitivă bazată pe supunere îi crea dificultăți în lucrul cu colectivul pe care îl conducea. Cele mai mari probleme i le crea Marina, o subordonată dominatoare și agresivă care se comporta ca și cum ar fi fost ea șefa departamentului.

Ori de câte ori se confrunta cu aceasta, Caty era defensivă și își cerea scuze ca și cum ar fi fost vinovată de ceva.

În timpul terapiei clienta a identificat schema cognitivă de supunere formală din copilărie în urma interacțiunilor ei cu mama ei hiperautoritară.

Eveniment activator: Marina mi-a cerut să mă întâlnesc cu ea după-amiază.

Stări afective: M-am simțit paralizată de frică. Îmi venea să mă ascund.

Comportament: Am acceptat să mă întâlnesc cu ea.

Schema cognitivă: Îmi amintesc cum mama ridica tonul la mine și eu executam imediat ce îmi cerea, exact ca la armată. La fel procedez și cu soțul meu, când se supără fac tot ce-mi cere, fără să ripostez. Schema mea cognitivă bazată pe supunere mă determină să fac tot ce îmi cere Marina, numai să nu se supere pe mine.

Un punct de vedere mai raţional: Nu ştiu ce vrea Marina de la mine, dar este limpede că nu trebuie să fac tot ce-mi cere. Merit puţin respect şi pot să întrerup discuţia dacă ea se va comporta în mod abuziv.

Îngrijorări cu caracter realist: Marina are obiceiul de a-i intimida pe ceilalţi. Ar putea să ţipe la mine. Ea este în stare să găsească vreo greşeală în ceea ce am făcut. Ştiu că am unele lipsuri, dar lupt să le îndrept.

Reacţii disproporţionate: M-am grăbit să trag concluzii pripite: prima este că Marina vrea neapărat să mă atace şi a doua că nu pot face nimic pentru a evita acest lucru, ceea ce mă face să mă simt neajutorată şi singurul lucru pe care l-aş putea face ar fi să evit întâlnirea. Aceasta mă face să mă simt paralizată de teamă.

Comportament adaptativ: Pot să mă întâlnesc cu Marina şi să văd ce vrea în loc să tremur de frică. Dacă va fi nepoliticoasă, pot încheia întâlnirea.

Pe de altă parte s-ar putea ca ea să nu mă atace. Am timp să mă pregătesc şi să găsesc cea mai bună cale de a acţiona.

Strategiile experienţiale

Acestea au următoarele obiective: accesarea reacţiilor cognitive legate de o schemă cognitivă timpurie şi asistarea clientului pentru a-şi vindeca trăirile emoţionale din copilărie, precum şi satisfacerea măcar parţială a unor nevoi nesatisfăcute în trecut.

Young şi colaboratorii (2003) consideră că aplicarea acestor strategii produce cele mai importante schimbări terapeutice, deoarece prin intermediul lor clientul poate trece de la înţelegerea raţională a modului în care s-a format şi funcţionează schema cognitivă la o înţelegere de natură afectivă.

1.Tehnica imageriei dirijate

Aceasta a fost descrisă pe scurt atunci când au fost evaluate strategiile de evaluare terapeutică.

Tehnica durează în medie 20–25 de minute, după care se analizează împreună cu clientul materialul informaţional rezultat. Prin intermediul aplicării tehnicii imageriei dirijate se urmăreşte identificarea schemelor cognitive care joacă un rol central în viaţa psihică a clientului, realizarea unui *insight* (iluminare) emoţional cu privire la modul de formare şi funcţionare al schemei, precum şi

realizarea unei conexiuni de natură afectivă între schemele cognitive disfuncționale formate în copilărie și adolescență și problemele curente ale subiectului.

Un principiu care stă la baza aplicării tehnicii imageriei dirijate se referă la faptul că terapeutul va da clientului cât mai puține instrucțiuni sau sugestii, lăsându-l pe acesta să producă singur cât mai mult material imaginativ. Se urmărește accesarea unor imagini cu semnificație deosebită legate de emoțiile primare: teamă, furie, jenă sau pierdere.

Instructajul adresat clientului va îmbrăca forma următoare:

„Închide ochii și lasă imaginile să-ți invadeze mintea. Nu forța... lasă imaginile să vină de la sine pe ecranul tău mintal și spune-mi ce vezi. Imaginează-ți că joci într-un film interior". Clientul va fi instruit să descrie imaginile cu voce tare, utilizând persoana întâi, ca și cum evenimentele s-ar petrece în prezent. Exercițiul începe cu imaginarea unui loc agreabil, care nu este amenințător pentru clientul traumatizat. Acesta va reveni în acel loc după ce se va confrunta în plan imaginativ cu o încărcătură emoțională mai mare.

Studiu de caz

Valeriu, un economist în vârstă de 39 de ani, a fost îndrumat la psihoterapie de către prietena sa care se plângea de faptul că acesta era rece, neimplicat și din când în când avea izbucniri de furie.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Ești de acord să practici acum exercițiul de imagerie dirijată?

Valeriu: Da.

Terapeutul: Închide ochii, relaxează-te și caută să-ți imaginezi că te afli într-un loc plăcut, unde te simți în deplină siguranță. Lasă imaginea să-ți invadeze ecranul mintal. Spune-mi ce „vezi".

Valeriu: Văd o fotografie.

Terapeutul: Ce fel de fotografie?

Valeriu: În fotografie sunt împreună cu vărul meu la țară, privind pe fereastra casei bunicilor. În fotografie zâmbim amândoi.

Terapeutul: Câți ani aveai? Ce anotimp era?

Valeriu: Cred că aveam vreo 8 ani și era toamnă, frunzele cădeau.

Terapeutul: Rămâi cu ochii închiși și imaginează-ți că ești cu adevărat copilul din fotografie. Ce imagini mai vezi? Auzi cumva sunete, simți mirosuri? Ce stare trăiești?

Valeriu: Văd pomii din grădină, iarba verde, casele vecinilor, aud foșnetul frunzelor, ciripitul păsărelelor.

Terapeutul: Cum te simți?
Valeriu: Mă simt foarte bine, liniștit, în siguranță, în locul meu secret... mă simt foarte relaxat.
Mulți clienți care au fost traumatizați în copilărie au dificultăți în a genera imagini legate de un loc plăcut și sigur. În astfel de cazuri terapeutul îi va ajuta să construiască mintal astfel de locuri imaginare. Experiența noastră clinică indică faptul că exercițiile de imagerie dirijată sunt mult mai eficiente dacă clientul a învățat în prealabil o tehnică de relaxare musculară. Exercițiul propriu-zis constă în solicitarea clientului să evoce amintiri psihotraumatizante legate de interacțiunile cu părinții sau cu alte persoane semnificative care au contribuit la formarea schemelor cognitive disfuncționale timpurii.
Dialogul terapeutic va continua astfel:
Terapeutul: Acum închide ochii și imaginează-ți că ești copil și te afli în cameră împreună cu mama ta. Spune-mi ce vizualizezi.
Valeriu (cu o mimică anxioasă): Am venit de afară lovit de un băiat mai mare și plâng. Mama mă privește cu severitate și țipă la mine: „Nu ți-e rușine să plângi ca o fetiță, ce fel de bărbat ești? Du-te imediat și te spală și schimbă hainele astea murdare".
Terapeutul: Ce se mai întâmplă apoi, ce vezi, ce auzi, în ce stare ești?
Valeriu: Îmi înghit lacrimile. Mă așez la masă... nu îmi place mâncarea, dar nu am curajul să nu mănânc, deși simt că mi se face rău... Dacă nu mănânc tot, mama o să mă bată.
Terapeutul: Spune-i mamei tale cum ai fi dorit să se poarte cu tine.
Valeriu: Mi-ar fi plăcut să mă ia în brațe și să mă consoleze... să râdă mai mult, să se joace cu mine, să mă lase să mănânc doar ceea ce îmi place.
Schemele cognitive disfuncționale ale clientului sunt de deprivare emoțională, supunere, neîncredere, abuz și respingere.
După ce terapeutul a explorat împreună cu clientul imaginile traumatizante din copilărie, se va trece la identificarea unei situații actuale în care acesta s-a simțit la fel de rău.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic realizat cu clienta Daniela, o profesoară care s-a căsătorit a treia oară cu un bărbat alcoolic și agresiv și care s-a prezentat la terapie pentru probleme maritale.
Terapeutul: Închide ochii și imaginează-ți că te afli împreună cu ultimul tău soț, Paul. Spune-i cum ai dori să se poarte cu tine?
Daniela: Paul, aș dori să nu mai țipi la mine, să mă întrebi ce am făcut la școală, cum mă simt... Aș vrea să mă asculți atunci când îți povestesc ceva, chiar lucruri banale și să nu mă privești ca și cum ai vrea să termin mai repede și să plec. Aș mai dori să ieșim împreună, să ne distrăm, să râdem, să simt că-ți face plăcere să-ți petreci timpul cu mine.
Terapeutul: Ce ți-ar răspunde dacă i-ai spune aceste lucruri? Pune-te în locul lui și încearcă să dai un răspuns.

Daniela: Ei bine, ar găsi tot felul de pretexte: că este foarte ocupat de serviciu, că are o funcție de răspundere, că este foarte obosit, că face foarte multe pentru familie, aduce mulți bani, a renovat casa, a cumpărat mașină nouă... Cred că ar țipa la mine pentru că îndrăznesc să-i pretind asemenea lucruri, când el se străduiește atâta pentru noi.

Terapeutul: Paul seamănă cu tatăl tău care considera că dacă muncește mult și vă asigură condiții materiale bune trebuie să fiți neapărat fericiți?

Daniela: Cred că da.

Aproape tot ce i-a spus clienta soțului ei ar fi trebuit să-i spună și tatălui, tema fiind comună și anume deprivarea emoțională. Daniela și-ar dori ca Paul să o asculte, să-i acorde atenție, să petreacă împreună momente agreabile, dar acesta stabilește termenii în care se desfășoară relația: pentru că este ocupat, el este cel care decide când să acorde afecțiune partenerei.

În acest caz funcționează și schema bazată pe incapacitate și imagine de sine scăzută pentru că Daniela și-ar dori ca Paul s-o găsească atrăgătoare și să-i facă plăcere să-și petreacă timpul în compania ei în loc să se comporte într-o manieră agresivă și rejectantă.

Terapeutul îl va ajuta pe client să conceptualizeze conținutul imaginilor evocate în vederea realizării unui *insight* asupra semnificației acestora.

2.Tehnica dialogului imaginativ

Terapeutul îi va cere clientului să realizeze dialoguri imaginare cu persoanele semnificative din copilărie care au contribuit la formarea schemelor disfuncționale cognitive, dar și cu cele care întăresc aceste scheme în perioada actuală.

Clientul va realiza astfel de dialoguri cu părinții sau cu alte persoane semnificative din copilărie, terapeutul încurajându-l să-și exprime sentimentele față de aceste persoane, în special sentimentele de ostilitate. Aceste dialoguri au pe de-o parte rolul de catharsis (descărcare a emoțiilor negative), iar pe de altă parte îl învață pe client să lupte în mod activ împotriva schemei cognitive dezadaptative, să se distanțeze emoțional de aceasta, să-și exprime sentimentele și să-și apere drepturile.

Atunci când clientul spune „nu voi lăsa pe nimeni să abuzeze de mine, să mă critice" sau „am dreptul să mă simt supărat", acesta își va reconstitui sentimentul valorii personale. Astfel, clientul va învăța faptul că un copil are dreptul să fie tratat cu respect, merită protecție, afecțiune și înțelegere.

De regulă terapeutul îl va opri pe client să-și exprime deschis ostilitatea în plan real față de părinte, fără a evalua în prealabil avanta-

jele și dezavantajele unui astfel de comportament. Într-o etapă mai avansată a terapiei clientul va fi ajutat să identifice părțile bune ale părinților, să le accepte limitele și să le acorde iertarea.

În absența exprimării acestor emoții negative, clientul va realiza doar un *insight* de natură intelectuală: va fi convins în mod rațional de faptul că schema cognitivă disfuncțională este greșită, dar în plan afectiv va continua să creadă în realitatea ei.

Unii clienți vor trăi puternice sentimente de culpabilitate la realizarea acestui exercițiu, temându-se că exprimarea ostilității le-ar putea face rău părinților. În astfel de cazuri terapeutul îi va spune clientului că este vorba doar de un exercițiu, clientul nu îi va condamna pe părinți ca persoane, în totalitate, ci va dezaproba doar unele dintre compartimentele particulare puse în acțiune de aceștia. Este de asemenea important ca subiecții să-și exprime tristețea față de ceea ce li s-a întâmplat în copilărie, tristețe care adesea este amestecată cu mânia.

Acest exercițiu este util pentru că astfel clientul va învăța să realizeze diferența dintre trecut când schemele cognitive erau valabile și prezent, când acestea și-au pierdut caracterul adaptativ. De asemenea, acesta va renunța la expectațiile nerealiste referitoare la schimbarea părinților, va învăța să le identifice părțile pozitive, să accepte faptul că a fost traumatizat în copilărie și că acest lucru nu mai poate fi modificat. În felul acesta clientul nu se va mai cantona în trecut, focalizându-și atenția asupra viitorului.

Odată încheiat acest demers terapeutic, clientul va negocia o relație bună cu părinții, iar dacă acest lucru nu este posibil, se va distanța emoțional de ei și se va implica în alte relații sănătoase. Nu în ultimul rând, trăirea sentimentelor de tristețe referitoare la copilăria traumatizantă îl va ajuta pe client să acorde compasiune copilului interior și să renunțe la sentimentele negative față de propria persoană.

Studiu de caz

Adrian, un inginer în vârstă de 40 de ani, s-a prezentat la psihoterapie pentru anxietate socială și deficiențe în ceea ce privește autocontrolul emoțiilor. În urmă cu trei ani clientul divorțase pentru că soția sa l-a înșelat cu un alt bărbat. Fiul său, în vârstă de 6 ani, a rămas la bunica paternă, clientul petrecând mult timp în compania acestuia.

Adrian a fost puternic traumatizat în copilărie de un tată alcoolic care își petrecea toate serile în localurile din împrejurimi. Clientul își amintește că adesea pleca noaptea să-l aducă pe tată acasă. În timp ce tatăl era plecat de acasă, mama întreținea relații intime cu alți bărbați, consuma la rândul ei alcool și îl agresa fizic și verbal. Ambii părinți abuzau și se foloseau de el. În aceste condiții clientul și-a format o schemă cognitivă bazată pe neîncredere, abuz, neglijare, lipsa valorii personale, supunere și inhibiție în plan emoțional.

În timpul terapiei i s-a cerut clientului să realizeze un dialog imaginar cu mama sa și cu fosta soție. Clientul și-a amintit o scenă în care avea 9 ani și a văzut-o în capătul scărilor pe mama sa beată, pe jumătate dezbrăcată, care a început să țipe la el și să-i adreseze injurii.

Terapeutul: Ce ai simțit când ai văzut-o și ți-a vorbit așa?

Adrian: Am simțit mânie și dezgust. Parcă nu era mama mea, ci o nebună oarecare.

Terapeutul: Spune-i acum ce ai fi dorit de la ea, cum ai fi vrut să fie mama ta.

Adrian: Este foarte urât din partea ta să bei și să te porți așa cu mine. Mai am pe cap și problemele tatei. Aș vrea să fii o mamă normală, caldă, înțelegătoare să mă ajuți la lecții, nu să te porți ca o persoană iresponsabilă, imatură.

Terapeutul: Ce îți răspunde mama ta?

Adrian: Toți avem problemele noastre, iar eu am mai multe probleme decât tine. Ar trebui să fii mulțumit că ai o casă, ai ce să mănânci și ce să îmbraci.

Până în acest moment al dialogului starea afectivă a clientului a fost relativ stabilă și de intensitate nu prea mare.

Terapeutul va introduce acum instanța psihică denumită „copilul furios".

Terapeutul: Aș dori acum să-ți imaginezi un alt Adrian, un Adrian mânios care își exprimă furia pentru că a fost tratat astfel de mama lui. Ce anume analizezi?

Adrian: Mă văd pe mine țipând la ea.

Terapeutul: Ce îi spui?

Adrian: Nu ești decât o târfă ordinară! Te urăsc! Aș fi dorit să am o altfel de mamă. Nici tata nu este mai breaz. Sunteți amândoi niște nenorociți!

Terapeutul: Acum, eu voi juca rolul mamei tale. Tu continuă să rămâi furios (jucând rolul mamei): „Toți avem probleme, iar eu am mai multe probleme decât tine. Fii mulțumit că ai unde să locuiești!"

Adrian: Ești o femeie de nimic. Eu sunt copilul în casa asta și datoria ta este să mă protejezi, să ai grijă de mine.

Terapeutul (rolul mamei): „Trebuie să mă gândesc mai mult la mine. Tatăl tău nu o face".

Adrian: Nu faci altceva decât să te gândești la tine, ești o egoistă. Toată ziua te machiezi, te piepteni și te întâlnești cu bărbați! Mă lași mereu singur în casă. Mi-e scârbă de tine și de tata! Dacă aș fi avut de ales, aș fi plecat de mult de acasă.

Terapeutul (mama): „Să nu mai țipi la mine pentru că o să te bat și am să mătur pe jos cu tine!"

Adrian: M-am săturat să mă mai lovești. Bate-te cu cineva de vârsta ta!
Terapeutul (mama): „Încerc să fiu drăguță cu tine! Îți dau bani să-ți cumperi dulciuri..."
Adrian: Drăguță pe naiba! Mai bine te-ai îmbrăca mai decent pentru că mi-e silă să te văd aproape goală și beată!
Terapeutul: Acum aș dori să aduci pe ecranul tău mintal imaginea fostei soții după ce ai aflat că te-a înșelat. Spune-i ce simți în legătură cu această situație.
Adrian: Mă simt foarte rănit pentru că mi-ai înșelat încrederea. Ne-am căsătorit din dragoste. Poate nu sunt cel mai bun soț din lume, dar asta este situația. M-ai făcut să mă simt ca un gunoi! Ne-ai distrus căsnicia!
Terapeutul: Imaginează-ți acum că te pui în locul ei. Ce ți-ar răspunde?
Adrian (în rolul fostei soții): „Nu e mare lucru. Toată lumea procedează așa în secolul 21. Nu poți să-mi controlezi viața. Fac numai ce vreau! Cine te crezi tu ca să-mi spui ce pot să fac și ce nu?"
Adrian: Sunt soțul tău! M-am căsătorit cu tine pentru a fi împreună și la bine și la rău. M-ai dezamăgit profund și nu am să te iert niciodată pentru asta!
Terapeutul: Ce simți când îi vorbești astfel?
Adrian: Mă simt oarecum ușurat pentru că îmi exprim mânia.

3. Procesare terapeutică imaginativă pentru vindecarea traumatismelor suferite în copilărie

Prin intermediul tehnicii imaginative clientul va primi mai întâi de la terapeut, apoi de la sine însuși ceea ce i-a fost refuzat în copilărie. Această strategie s-a dovedit utilă mai ales în cazul clienților cu scheme cognitive de abandon, neîncredere, abuz, deprivare emoțională și absența valorizării personale. Tehnica propriu-zisă constă în introducerea în imagine a instanței „adultul sănătos" care va proteja copilul de acțiunile „părintelui disfuncțional" și va alina suferințele „copilului vulnerabil".

Etapele demersului terapeutic sunt următoarele:

- Terapeutul cere permisiunea clientului să pătrundă în imagine și să discute direct cu „copilul vulnerabil";
- Terapeutul alină suferințele „copilului vulnerabil";
- Ego-ul de adult sănătos „al clientului modelat după" cel al terapeutului va alina, la rândul său, suferințele „copilului vulnerabil".

Studiu de caz

Sebastian, absolvent de filologie, în vârstă de 27 de ani, este fiul unei mame schizofrene care era frecvent internată la Spitalul „Dr. Obregia". Tatăl său, aviator, era

mult timp plecat de acasă, clientul aflându-se în grija unei mătuși vârstnice și depresive. Adesea, când mama sa se întorcea acasă îl bătea fără motiv sau dispărea fără să anunțe. Schemele sale cognitive erau bazate pe abandon, neîncredere și abuz. Clientul nu reușea să-și găsească un loc de muncă stabil și avea dificultăți în relațiile cu sexul opus.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic:
Terapeutul: Poți să evoci imaginea ta de copil atunci când erai la mătușa ta?
Sebastian: Da.
Terapeutul: Ce anume vizualizezi?
Sebastian: Mă aflu într-o cameră întunecoasă, plină cu mobile vechi și cărți... stau pe un pat mare și sunt speriat.
Terapeutul: Îmi dai voie să vorbesc cu micul Sebastian din imagine?
Sebastian: Nu. El este prea speriat să poată vorbi. Se ascunde sub pături.
Terapeutul: De ce îi este teamă micului Sebastian de mine? Ce crede el că i-aș putea face?
Sebastian: El crede că îl puteți răni.
Terapeutul: Cum anume l-aș putea răni?
Sebastian: Crede că o să țipați la el sau o să râdeți de el.
Terapeutul: Ești de acord cu el? (Terapeutul se adresează ego-ului de protector detașat al subiectului.) Chiar crezi că o să țip la el sau o să-mi bat joc de el?
Sebastian: Nu.
Terapeutul: Ei bine, atunci spune-i asta. Spune-i că sunt o persoană blândă care s-a purtat bine cu tine și care nu îi va face rău.
După ce terapeutul a căpătat permisiunea să se adreseze instanței denumite „copilul vulnerabil", acesta va întreprinde unele „demersuri" pentru a vindeca rănile psihologice produse în copilărie.
Dialogul terapeutic va continua astfel:
Terapeutul: Poți să mă vezi acum în imaginea ta mentală? Observi cum mă aplec deasupra patului pentru a vorbi cu micul Sebastian?
Sebastian: Da.
Terapeutul: Imaginează-ți că ești micul Sebastian și spune-mi ce anume simți?
Sebastian: Mă simt speriat. Nu-mi place aici. Vreau acasă la mama.
Terapeutul: Ce anume ai dori de la mine?
Sebastian: Să stai aici cu mine, să mă ții în brațe.
Terapeutul: Ce-ar fi dacă m-aș așeza în imagine lângă tine și te-aș lua de după umeri?
Sebastian: Da, e bine așa.
Terapeutul (personajul din imagine): Voi sta cu tine, voi avea grijă de tine și nu te voi părăsi.
După ce s-a realizat „vindecarea" traumei din copilărie, clientul este solicitat să acceseze acea instanță psihică a sa care se va comporta protector, după modelul

terapeutului. Adesea această strategie se amână pentru o dată ulterioară până când instanța psihică sănătoasă a clientului devine suficient de puternică.
Dialogul terapeutic va îmbrăca următoarea formă:
Terapeutul: Caută să te vezi pe tine cu ochii minții ca adult. Îl privești pe Sebastian ca pe un frate mai mic. Poți să faci acest lucru?
Sebastian: Da.
Terapeutul: Vorbește-i micului Sebastian... încearcă să-l faci să se simtă mai bine.
Sebastian: Înțeleg că îți este foarte greu și că te simți speriat. Ai dori să vorbești despre asta? Ce ar fi dacă ai veni aici să stăm puțin împreună?
Terapeutul: Cum se simte acum micul Sebastian?
Sebastian: Mai bine. Simte că îl protejează cineva.
Acest exercițiu îl ajută pe client să construiască o instanță psihică menită să-i satisfacă nevoile frustrate în copilărie și să-l ajute să lupte împotriva schemei sale cognitive disfuncționale.
Terapeutul va putea să apeleze în continuare la instanța „copilul vulnerabil" în ședințele viitoare atunci când clientul va declanșa comportamente evitante sau compensatorii. Terapeutul va aplica această strategie atunci când Sebastian se comportă detașat în timpul terapiei.
Terapeutul: Astăzi te simt cam distant și trist.
Sebastian: Da.
Terapeutul: Ce s-a întâmplat? Știi de ce te simți astfel?
Sebastian: Nu, nu știu.
Terapeutul: Să facem un exercițiu pentru a afla ce se întâmplă. Închide ochii și imaginează-ți că îl vezi pe micul Sebastian. Spune-mi ce vezi?
Sebastian: Îl văd ascuns sub pătură... este speriat.
Terapeutul: Ce anume îl sperie?
Sebastian: Se teme că Maria (fosta soție) îl va părăsi.

Clienții care afirmă că nu știu ce anume simt au pierdut contactul cu copilul vulnerabil din interiorul lor. Atunci când terapeutul le cere să vizualizeze această instanță psihică, ei conștientizează stările afective prin care trec.

4. Procesarea imaginativă a amintirilor traumatizante

Aceste amintiri se referă, de regulă, la situații de abandon sau abuz și sunt foarte puternic încărcate emoțional. Adesea accesul la astfel de amintiri este blocat.

Într-o primă etapă terapeutul îl va ajuta pe client să retrăiască aceste amintiri împreună cu stările afective care le însoțesc și apoi să obțină protecția psihică din partea instanței denumite „adultul sănătos".

Spre deosebire de celelalte exerciții de imagerie dirijată, în cazul amintirilor traumatizante terapeutul nu va forța subiectul să le acceseze, lăsându-l să acționeze în ritmul său personal deoarece acest demers terapeutic are un profund caracter anxiogen. De asemenea, terapeutul va trebui să dezvolte și să încurajeze sentimentul de autocontrol al clientului.

Se poate utiliza un semnal stabilit de comun acord cu clientul, semnal prin care acesta va informa terapeutul că dorește să încheie ședința de imagerie dirijată. Exercițiul începe și se încheie cu sugerarea unor imagini cu conținut liniștitor. După încheierea exercițiului, conținutul imaginilor accesate va fi discutat de client împreună cu terapeutul.

Este recomandabil ca între ședințele de procesare imaginativă a amintirilor traumatizante să se lase un anumit interval de timp (două–trei săptămâni) în care se va lucra asupra materialului obținut. Atitudinea terapeutului va fi pasivă, acesta adresând clientului întrebări de tipul următor: „Ce vezi în imagine?", „Ce se întâmplă în continuare?" etc. Într-o etapă mai avansată a terapiei, terapeutul va juca un rol ceva mai activ.

Terapeutul va trebui să se abțină de la orice fel de comentarii sau sugestii în legătură cu cele petrecute. Clienții trebuie lăsați să descopere singuri istoria vieții lor, evitându-se astfel posibilitatea inducerii de către terapeut a unor false amintiri. În cazul în care clientul însuși va nega veridicitatea unei imagini care i-a venit în minte, terapeutul va sublinia faptul că nu contează dacă imaginea este adevărată sau falsă, ci semnificația terapeutică a acesteia, mai precis încărcătura emoțională pe care o poartă și tematica la care se referă: abuz, abandon, critică etc.

5. Elaborarea unei scrisori către părinți

O altă tehnică experiențială constă a trasa clienților ca temă pentru acasă să scrie o scrisoare unui părinte sau altei persoane semnificative despre care crede că i-a rănit în copilărie sau adolescență. Aceste scrisori nu vor fi expediate decât în cazuri cu totul excepționale. Obiectivul acestei strategii constă în a-l ajuta pe client să sintetizeze ce anume a aflat despre persoana respectivă în urma procesării terapeutice cognitive și experiențiale. Scrisoarea îl va ajuta să-și pună ordine în sentimente și să-și afirme drepturile.

Scrisoarea trebuie să cuprindă aspecte legate de ceea ce a făcut sau nu a făcut persoana respectivă pentru a-l lovi pe pacient, ce a simțit acesta din urmă în legătură cu cele petrecute, ce anume ar fi dorit clientul de la persoana respectivă în copilărie sau la momentul actual.

Prezentăm mai jos scrisoarea Danei, 24 de ani, o pacientă depresivă și anorectică, a cărei schemă cognitivă de bază era centrată în jurul ideii lipsei valorii personale. Scrisoarea este adresată mamei care a fost hipercritică și rejectantă cu clienta.

Dragă mamă,
Nu m-ai iubit atunci când eram copil. Am știut totdeauna că nu sunt ceea ce îți doreai. Uneori îmi vine să cred că m-ai urât pentru că semănam cu bunica din partea tatei. Mă certai mereu pentru că nu arătam așa cum ai fi vrut, o păpușă blondă și grațioasă, și nu eram așa cum ți-ai fi dorit: eram retrasă, îmi plăcea să citesc și nu aveam aptitudini să devin balerină. Mă criticai tot timpul și simțeam că nimic din ceea ce făceam nu te mulțumea. Mă simțeam furioasă, lovită și mă uram pentru că nu reușeam să-ți fiu pe plac, pentru că eram grasă, lipsită de grație, neatrăgătoare. Eram atât de tristă.
Mi-aș fi dorit să mă iubești pentru ceea ce era bun la mine. Mă făceai să mă simt de parcă nu aș fi fost bună la nimic, deși eram prima în clasă, îmi păsa de ceilalți, aveam talent la desen.
Cred că am dreptul să fiu iubită și acceptată pentru ceea ce sunt, fără să fiu mereu criticată și desființată, ca persoană.
Dacă nu poți să faci asta pentru mine, nu voi mai vorbi niciodată cu tine despre problemele mele importante.
NU cred că ești capabilă să faci ceea ce îți cer. De altfel, cred că nici nu-ți dai seama cât rău îmi faci, crezând că mă ajuți criticându-mă. Ești convinsă că faci totul pentru mine. Probabil că atunci când vei primi scrisoarea mea nu vei înțelege despre ce este vorba și te vei înfuria. Dacă ai fi putut înțelege, probabil că scrisoarea asta nu ar fi fost scrisă.

Dana

6. Utilizarea tehnicii imaginației dirijate pentru spargerea tiparelor cognitive disfuncționale

Clienții sunt ajutați să-și imagineze că se comportă într-o manieră adaptativă, fără a repeta modelele de comportament cu caracter dezadaptativ. Astfel, de pildă, un client care se comportă pe baza unei scheme cognitive defensive, bazată pe eșec, va fi dirijat să-și imagineze o situație pe care în mod normal ar evita-o: să-i ceară patronului o mărire de salariu.

Studiu de caz

Ionuț, un jurist în vârstă de 24 de ani, diagnosticat cu tulburare de personalitate evitantă, victimă a unui tată alcoolic și a unei mame agresive, a fost de curând părăsit de prietena lui și s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru dispoziție depresivă, atacuri de panică și dificultăți de relaționare cu sexul opus. Terapeutul i-a cerut să se relaxeze și să-și imagineze că se află între instanța psihică specifică schemei bazate pe neîncredere și abuz, care are tendința de a-l determina să fugă din situație, și instanța reprezentată de adultul sănătos, care îl convinge să rămână și să controleze situația.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic:

Terapeutul: Închide ochii, relaxează-te și caută să te vezi cu ochii minții dansând cu fata blondă care te atrage și care este singură. Poți să faci asta?

Ionuț: Da, am invitat-o la dans și mă simt foarte încordat — îmi vine să mă îndrept spre ușă și să o iau la fugă. Mă străduiesc să nu fac asta pentru că sunt conștient de faptul că este foarte important pentru mine.

Terapeutul: Imaginează-ți acum că ești acea parte din tine care vrea să fugă, spune-mi de ce vrei să faci asta?

Ionuț: Nu mă simt suficient de pregătit să încep o conversație... nu am suficientă încredere în mine. Mă îngrozesc la gândul că s-ar putea ajunge la o întâlnire. Dar e sigur că fata nu o să mă placă.

Terapeutul: De ce să nu te placă?

Ionuț: Pentru că sunt o persoană care nu merită să fie iubită... de altfel eu nu sunt capabil să ofer dragoste cuiva.

Terapeutul: Imaginează-ți că îți depășești teama și neîncrederea și chiar dacă ți se pare pierdere de timp, rămâi la petrecere. Povestește-mi ce anume îți imaginezi.

Ionuț: Mă ridic de la masă și deși simt cum îmi tremură picioarele, o invit pe fată la dans. Îmi imaginez că dansăm, ne simțim bine și vorbim despre muzică.

Terapeutul: Te simți bine sau mai ești încă speriat?

Ionuț: Sunt speriat, încordat, parcă nu sunt eu însumi.

Terapeutul: Imaginează-ți acum că i te adresezi cu voce tare fetei și îi spui cum te simți cu adevărat.

Ionuț (adresându-se fetei din imagine): Mă simt puțin stingherit pentru că nu am mai dansat de multă vreme. Parcă nu știu ce să spun sau cum să mă port. Cu toate acestea îmi face plăcere să mă aflu aici și să vorbesc cu tine.

Terapeutul: Ce îți răspunde fata?

Ionuț: Îmi spune că și ea simte același lucru.

Terapeutul: Iar tu cum te simți acum când auzi astfel de cuvinte?

Ionuț: Mă simt mult mai relaxat.

Terapeutul: Imaginează-ți în continuare că îi vorbești despre acele lucruri de care te simți jenat sau pe care nu ai dori ca ea să le descopere la tine.

Ionuț (dialoghează cu fata din imagine): Deși îmi este greu să-ți vorbesc despre asta, deși aș vrea să fiu cald și afectuos cu o femeie, nu sunt sigur că voi fi în stare și mă tem ca tu să nu observi acest lucru.
Terapeutul: Vorbește-i de resentimentele pe care le nutrești față de femei.
Ionuț: Cred că m-am format așa pentru că am avut mari probleme cu mama mea în copilărie. Mă bătea, țipa la mine, pleca de acasă și mă lăsa singur. Din cauza asta cred că am căpătat un fel de ură față de femei.
Terapeutul: Cum reacționează fata din imagine?
Ionuț: Îmi spune că nici ea nu are încredere în bărbați, pentru că i s-a întâmplat ceva în copilărie.
Terapeutul: Ce simți când îți spune asta?
Ionuț: Mă simt mai relaxat, mai în largul meu pentru că ea a fost sinceră cu mine.

Strategia imageriei dirijate produce stări afective negative puternice, greu de tolerat pentru unii clienți. În cazul în care aceștia evită să lucreze experiențial, primul lucru pe care trebuie să-l facă terapeutul este să explice în detaliu avantajele metodei care contribuie la instalarea unui *insight* de natură emoțională, mai puternic decât cel de tip intelectual, această înțelegere afectivă putând să-l ajute mai mult pe client în lupta împotriva schemelor cognitive disfuncționale formate în urma psihotraumelor suferite în copilărie.

Clientului i se va explica faptul că, atâta timp cât nu s-a realizat procesarea terapeutică de tip experiențial, acesta va continua să fie convins de faptul că schemele sale cognitive sunt adevărate.

O altă modalitate de a contracara tendința de evitare a schemei cognitive disfuncționale constă în a sugera clientului să înceapă exercițiul de relaxare cu o imagine agreabilă, urmând ca apoi să fie introduse treptat elemente cu conținut anxiogen. În felul acesta se realizează o expunere gradată la o ierarhie de situații imaginative în cadrul cărora terapeutul va introduce progresiv personaje și elemente cu caracter stresant.

Astfel, de pildă, se poate începe exercițiul cu sugerarea faptului că subiectul se află într-un loc liniștitor, apoi în imagine este introdus un prieten de-al pacientului, apoi partenerul de viață și în cele din urmă un părinte care i-a creat acestuia probleme în copilărie. Pentru a realiza cu succes acest exercițiu, sunt necesare mai multe ședințe de psihoterapie, fiecare nouă imagine fiind discutată în detaliu, împreună cu clientul, înainte de a se trece la imaginea următoare.

Destructurarea modelelor dezadaptative de comportament

Destructurarea modelelor dezadaptative de comportament presupune înlocuirea comportamentelor bazate pe schemele cognitive disfuncționale cu unele cu caracter adaptativ și reprezintă etapa cea mai lungă și poate cea mai importantă a demersului terapeutic. În absența acesteia se vor produce frecvente recăderi, chiar dacă pacientul a conștientizat prezența schemelor cognitive sau experiențiale asupra acestora. Terapeutul va face apel în această etapă la tehnici comportamentale cunoscute cum ar fi: relaxarea, antrenamentul asertiv, managementul stărilor afective negative, strategiile de autocontrol sau tehnica expunerii gradate la situații anxiogene.

Așa cum am mai subliniat, destructurarea modelelor dezadaptative se adresează stilurilor personale de *coping*, stiluri prin intermediul cărora subiectul se supune, evită sau supracompensează schemele cognitive disfuncționale timpurii. Acestea pot îmbrăca forma acuzațiilor încărcate de gelozie ale unui subiect cu schemă cognitivă de abandon, a comentariilor autodepreciative ale altui pacient cu schemă bazată pe insuficienta valoare personală sau a evitării de tip fobic a celui cu schemă cognitivă de vulnerabilitate și boală. Comportamentele de supunere (conformare), evitare sau supracompensare nu fac altceva decât să întărească schema cognitivă de bază.

Studiu de caz

Marina, psiholog, în vârstă de 33 de ani, se simte nefericită și neîmplinită în majoritatea domeniilor existenței: în familia de origine, în relația cu partenerul de viață, la serviciu sau atunci când se află în compania unor prieteni. Clienta se ocupă de problemele tuturor, fără să ceară nimic pentru ea, afirmația ei preferată fiind: „Eu am grijă de toată lumea, dar nimeni nu are grijă de mine." Marina este depresivă, depășită de situație, obosită și plină de resentimente, deși nu recunoaște acest lucru.

În timpul primelor ședințe de psihoterapie ea identifică o schemă cognitivă caracterizată prin sacrificiu de sine, stilul ei adaptativ fiind bazat pe supunerea față de imperativele schemei (are grijă de ceilalți, dar nu lasă pe nimeni să aibă grijă de ea). Aproximativ o dată pe lună, Marina se întâlnește cu un bun prieten, fost coleg de facultate, cu care iese în oraș, întâlnirile derulându-se după aceeași schemă. Andrei o întreabă ce mai face, Marina răspunde că totul este în regulă și apoi îl întreabă la rândul ei ce a mai făcut. Andrei îi povestește o situație stresantă din existența lui și toată seara cei doi dezbat problemele lui Andrei.

Marina nu spune nimic important despre ea pentru că problemele colegului ei activează schema ei cognitivă bazată pe sacrificiul de sine (ea s-ar simți egoistă și

vinovată dacă ar vorbi despre ceea ce o frământă). La finalul serii, Marina se simte secătuită sufletește.

Odată ajunsă în etapa modificărilor în plan comportamental, Marina se decide să acorde o importanță sporită propriilor sale probleme psihologice. În timpul ședinței de psihoterapie terapeutul îi cere să închidă ochii și să-și imagineze că poartă un dialog între instanța psihică ce reprezintă schema cognitivă bazată pe sacrificiul de sine, care îi spune să se concentreze asupra problemelor lui Andrei, și latura ei sănătoasă care o îndeamnă să-și împărtășească la rândul ei, propriile sentimente. În continuare rolurile se inversează și Marina își manifestă nemulțumirea față de schema cognitivă și își exprimă nevoia ca și ceilalți să aibă grijă de ea.

Clienta face legătura cu o situație din copilărie când se confruntă cu o mamă fragilă și excesiv de solicitantă. În plan imaginativ, clienta se va adresa mamei sale astfel: „Este un preț prea mare pentru mine, mamă, să am grijă de tine... prețul este renunțarea la propria mea personalitate".

În continuare clienta își va imagina faptul că își împărtășește problemele prietenului ei apropiat. Terapeutul o va determina să conștientizeze modul în care a acționat schema cognitivă bazată pe sacrificiul de sine și apoi să se situeze pe poziția instanței psihice sănătoase care ar face următoarea afirmație: „Este corect să-i las pe prietenii mei să aibă grijă de mine din când în când. Nu se va întâmpla nimic dacă voi plânge pe umărul unui amic. Prietenii nu mă vor abandona dacă îmi manifest slăbiciunile".

Așa cum am mai subliniat, fiecare schemă cognitivă timpurie este asociată cu anumite modele de comportament de tip disfuncțional pe care clientul le declanșează față de partenerul de viață, față de alte persoane semnificative și chiar față de terapeut. Clienții pot să modifice anumite comportamente cu ajutorul strategiilor terapiei cognitiv-comportamentale clasice, dar restructurarea modelelor comportamentale care funcționează de-a lungul întregii vieți a clientului și care au la bază schemele cognitive dezadaptative timpurii, necesită un mod de abordare complex, cu caracter integrativ, de durată mai îndelungată.

Terapeutul va trece la modificarea modelelor dezadaptative de comportament abia după ce clientul a ajuns să stăpânească strategiile cognitive și experiențiale ale tratamentului.

Prima etapă a acestui demers constă în elaborarea unei liste de comportamente dezadaptative specifice care urmează să fie modificate în urma terapiei. Această listă va fi elaborată de terapeut împreună cu clientul pe baza informațiilor rezultate în urma demersurilor

de conceptualizare a cazului, de descriere a comportamentelor problematice, de imaginație dirijată, precum și din analiza relației terapeutice și a relațiilor cu alte persoane semnificative din existența subiectului.

După ce lista a fost alcătuită, terapeutul și clientul vor decide care este comportamentul problematic ce trebuie modificat în mod prioritar și ce tip de comportament adaptativ va fi pus la loc. Clientul va fi ajutat să genereze noi variante alternative de comportament și apoi vor fi discutate avantajele și dezavantajele acestora. Este recomandabil să se lucreze asupra unui anumit tip de comportament și nu asupra tuturor modelelor dezadaptative de conduită.

Young, Klosko și Weishaar (2003) sunt de părere că este de preferat să se modifice modelele de comportament în cadrul situațiilor curente de viață, înainte de a recomanda clientului schimbări majore cum ar fi divorțul sau schimbarea serviciului. Această regulă nu se aplică în situațiile particulare sau intolerabile, cum ar fi cele în care unul dintre parteneri este excesiv de agresiv sau abuziv.

Modificarea în sfera comportamentului înseamnă de fapt că pacientul va rămâne în situație, dar va învăța să-i facă față în mod realist și eficient. Autorii menționați consideră că este util să se înceapă abordarea cu modelul de comportament cel mai problematic, pentru că acesta va crea clientului cele mai multe probleme de natură emoțională și va interfera cu sfera profesională și interpersonală. În cazul în care clientul se simte depășit de situație, va fi abordat un model de comportament mai puțin problematic, asupra căruia va fi mai ușor de lucrat.

Pentru a-i ajuta pe clienți să devină mai toleranți cu ei înșiși și mai deschiși în direcția schimbării, terapeutul îi va ajuta să stabilească legătura dintre comportamentul țintă și originile sale în copilărie. Clienții vor ajunge să înțeleagă de ce s-a fixat acel model de comportament și să-și acorde iertarea pentru acesta, în loc să se autoblameze.

Astfel, de pildă, un client alcoolic va realiza faptul că nevoia sa de a se refugia în alcool este legată de schema sa cognitivă de incapacitate și imagine de sine scăzută formată în copilărie, în urma interacțiunii cu mama sa hipercritică și rejectantă. Motivația clientului este întărită și dacă se analizează avantajele și dezavantajele menținerii vechiului model de comportament. Clientul va exersa comportamentul adaptativ alternativ în timpul ședințelor de psihoterapie, sub forma jocurilor de rol și antrenamentului de imagerie dirijată.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic realizat cu clienta Anca.

Terapeutul: Închide ochii, relaxează-te și imaginează-ți că Petre vine acasă. El a întârziat mult, copilul plânge, iar tu ești la capătul puterilor.
Anca: Da, pot să-mi imaginez.
Terapeutul: Ce se petrece pe ecranul tău mintal?
Anca: Îl aștept, mă învârtesc prin cameră și mă uit mereu la ceas.
Terapeutul: Ce simți?
Anca: Când mă simt speriată că i s-a întâmplat ceva rău, că nu mai vine acasă deloc, când mă înfurii și îmi vine să-l strâng de gât pentru că îmi face asta.
Terapeutul: Ce se întâmplă atunci când Petre intră în casă?
Anca: Mă privește întrebător să vadă în ce dispoziție sunt.
Terapeutul: Ce ai vrea să faci?
Anca: Să mă reped la el să-l lovesc sau dimpotrivă, să-l strâng în brațe.
Terapeutul: Cum reușești să gestionezi cele două tendințe opuse?
Anca: O să mă adresez instanței psihice din mine care se simte furioasă astfel: „Tu îl iubești pe Petre și nu vrei să-l rănești. Ești supărată pentru că ai crezut că nu mai vine deloc, dar iată că a venit. Poți fi fericită!"
Terapeutul: Ce îți va răspunde partea furioasă a personalității tale?
Anca: Ai dreptate, mă simt bine.
În cadrul acestei secvențe Anca va conduce un dialog imaginar între instanța psihică numită „copilul supărat" și „adultul sănătos".
Terapeutul va exemplifica apoi comportamentul adaptativ în timp ce clientul va juca rolul celeilalte persoane. Ulterior rolurile se vor inversa, clientul jucând rolul corespunzător comportamentului adaptativ, iar terapeutul jucând rolul persoanei cu care se realizează interacțiunea. În continuare terapeutul și clientul vor cădea de acord în legătură cu temele pentru acasă, în cadrul cărora acesta din urmă va pune în practică modelul de comportament adaptativ.
Temele pentru acasă vor fi concrete și precis definite ca în exemplul următor:
„Săptămâna viitoare îi vor solicita șefului meu o mărire de salariu. Înainte de a realiza acest lucru voi face un exercițiu de imaginație dirijată în cadrul căruia voi repeta în plan mintal cum anume voi proceda. După ce voi duce la îndeplinire sarcina, voi nota în jurnal ce s-a petrecut, cum m-am simțit, ce am gândit, cum am acționat și ce a făcut șeful meu".

Studiu de caz

Matei, consilier juridic, în vârstă de 32 de ani, a divorțat recent de soția sa, Alexandra, după aproape cinci ani de căsătorie.
Deși nu a fost fericit în timpul căsătoriei și a avut o aventură cu o colegă de serviciu, Matei a fost foarte surprins când Alexandra i-a împărtășit intenția ei de a divorța.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Aceasta nu i-a explicat motivele divorțului, spunându-i doar că se simte foarte nefericită și a refuzat propunerea de a urma o terapie de cuplu. La scurt timp, Alexandra a părăsit domiciliul conjugal, iar după pronunțarea divorțului a dispărut complet din viața lui Matei. La câteva luni după eveniment, Matei s-a prezentat la psihoterapie invocând drept principal motiv dificultatea de a stabili o relație de durată cu o femeie. Clientul nu înțelegea de ce Alexandra a intentat acțiune de divorț și nici de ce colega de serviciu nu a dorit să continue relația cu el. Matei era obsedat de aceasta din urmă, se gândea în permanență la ea, randamentul său în activitate devenind tot mai scăzut.

Matei este fiul cel mai mic dintr-o frăție de trei băieți. Mama sa decedase în accident auto când clientul avea 6 ani. Frații săi cu 9 și respectiv 7 ani mai mari au plecat la liceu și apoi la facultate, lăsându-l pe Matei în grija tatălui suferind de depresie cronică. Acesta din urmă stătea tot timpul în pat, dormind sau uitându-se la televizor și aproape nu vorbea cu fiul său.

Clientul a identificat sub îndrumarea terapeutului următoarele scheme cognitive disfuncționale de bază:

- Abandon – instabilitate (legată de decesul mamei și plecarea fraților mai mari);
- Deprivare emoțională (legată de relația cu tatăl său depresiv și apatic și cu frații care nu s-au interesat de el);
- Alienare – izolare socială (din cauza atmosferei din familie care îl determina să se simtă diferit de ceilalți copii);
- Sacrificiu de sine (rezultată în urma faptului că pacientul era cel care avea grijă de tatăl său).

Stilul adaptativ adoptat de client era unul de tip evitare, acesta refugiindu-se la început în învățătură, apoi în activitatea profesională.

Matei fusese coleg de facultate cu Alexandra cu care s-a căsătorit la sfârșitul primului an de studii. Deși nu era îndrăgostit de ea, Matei a ales-o pentru că era atrăgătoare, sensibilă și depresivă ca și tatăl său. Viața cuplului era monotonă și lipsită de afecțiune, mulându-se pe schema de deprivare senzorială care a funcționat în copilăria clientului. În ultimii doi ani de căsnicie Matei s-a îndrăgostit de Felicia, cu care a avut o aventură de scurtă durată în timp ce era căsătorit și care l-a părăsit, la rândul ei, imediat după ce acesta a divorțat.

Întrebat fiind de terapeut ce anume îl atrage atât de mult la Felicia, clientul a răspuns că este vorba de comportamentul ei inegal: este atentă și afectuoasă când este singură cu Matei și este rece și distantă atunci când sunt prezente și alte persoane. Terapeutul a interpretat acest interes ca având la bază schema cognitivă disfuncțională de bază: abandon – instabilitate. În această relație se activează și schema de sacrificiu de sine, deoarece Matei a investit mult în această relație (inclusiv daruri) și nu a primit aproape nimic în schimb.

Terapeutul împreună cu clientul au căzut de acord că modelul comportamental țintă va fi cel centrat în jurul relației cu Felicia: îi trimite e-mailuri, îi telefonează, caută materiale bibliografice care o interesează, face în așa fel încât să o întâlnească de mai multe ori pe zi, toate aceste activități determinându-l să-și neglijeze activitatea profesională.
Terapeutul îl va ajuta pe Matei să identifice originile timpurii ale comportamentului dezadaptativ actual. Într-o primă etapă acesta îi va cere să se relaxeze, să închidă ochii și să-și imagineze că se află la firmă și îi este dor de Felicia.

Terapeutul: Ce anume vizualizezi?
Matei: Mă văd la birou, în fața calculatorului, dar nu pot să mă concentrez pentru că mă gândesc tot timpul la ea. Trebuie să o văd neapărat. Am găsit pe internet un articol care ar putea să o intereseze.
Terapeutul: O parte din tine dorește neapărat să o vadă. Ce spune acea parte a personalității tale?
Matei: Îmi spune că nu mai pot să suport să nu o văd.
Terapeutul: Poți să-ți amintești când te-ai simțit așa în copilărie?
Matei: Mă văd pe mine când eram copil stând în pat și plângând după mama mea care a murit. Oricât de mult mi-aș fi dorit ca ea să se întoarcă, acest lucru nu se va întâmpla.

Dorința lui Matei de a o vedea pe Felicia activează schema sa cognitivă de abandon. În continuare terapeutul îi va cere să realizeze un dialog imaginar între instanța psihică a schemei cognitive care dorește să o vadă pe Felicia și instanța psihică matură care îl sfătuiește să se concentreze asupra activității profesionale, să o uite pe Felicia și să-și caute o parteneră potrivită. Clientul va fi ghidat să joace ambele roluri, schimbându-și locul pe un alt scaun.

Matei (instanța psihică specifică schemei disfuncționale): Du-te imediat și caut-o pentru că te simți atât de bine în prezența ei, încât merită să-ți pierzi chiar și serviciul pentru ea.
Terapeutul: E bine așa. Joacă acum rolul instanței psihice raționale.
Matei (se mută pe celălalt scaun): Te înșeli. Nu te simți bine în prezența ei, de fapt te simți chiar mai rău pentru că ceea ce te așteaptă nu este decât o mare singurătate. Ar trebui să găsești pe cineva care să-ți împărtășească sentimentele.

Matei va primi ca sarcină pentru acasă să realizeze alte activități care să nu fie centrate asupra Feliciei (să vizioneze un film, să se înscrie la un curs de perfecționare a limbii engleze).
Vor fi analizate avantajele și dezavantajele acestui tip de comportament: avantajul principal ar fi că în cele din urmă, datorită insistențelor, Matei ar putea repeta aven-

tura cu Felicia, în timp ce dezavantajele majore ar fi periclitarea situației profesionale și cantonarea într-un cerc vicios care îl va împiedica să-și găsească o parteneră potrivită.

Un alt model comportamental dezadaptativ pe care terapeutul și clientul au decis să-l modifice îl reprezintă refugiul în hiperactivitate. Cei doi au căzut de acord ca în weekenduri Matei să frecventeze diverse medii unde ar putea întâlni potențiale partenere în loc să lucreze la calculator, recuperând restanțele de la serviciu.

Relația terapeutică

Pentru psihoterapeuții care practică orientarea bazat pe schemele cognitive, relația dintre client și terapeut reprezintă un element important al evaluării și schimbării terapeutice.

Această relație prezintă două caracteristici de bază:

- confruntarea empatică: presupune înțelegerea afectivă a motivelor pentru care clientul menține schemele cognitive disfuncționale, în același timp cu evidențierea necesității de a le modifica.
- repararea emoțională limitată a psihotraumelor produse în copilărie: în cadrul relației terapeutice clientul va primi într-o anumită măsură acele gratificații afective de care a fost privat.

În etapa de evaluare, relația terapeutică reprezintă un element important prin intermediul căruia schemele cognitive disfuncționale de bază sunt accesate și clientul este educat să conștientizeze modul de acțiune al acestora. Terapeutul va stabili relația cu clientul, va conceptualiza cazul, va decide ce tip de reparație emoțională se potrivește clientului și în ce măsură schemele cognitive ale terapeutului ar putea interfera cu bunul mers al terapiei.

Relația terapeutică va fi caldă, empatică și autentică, așa cum se recomandă în psihoterapia experiențială, urmărindu-se realizarea unui mediu destins, sigur, în care clientul să se simtă acceptat. Terapeutul se va comporta în mod autentic, nu distant și detașat, evitând să apară în ochii clientului său ca o persoană perfectă. Acesta își va exprima propriile emoții atunci când consideră că acest lucru este benefic pentru client.

Clientului i se va cere permanent părerea în legătură cu demersul terapeutic și comportamentul terapeutului, încurajându-se chiar și evaluările negative. În loc să devină defensiv, terapeutul va căuta să înțeleagă punctul de vedere al clientului (desigur, terapeutul nu-i va permite clientului să devină abuziv, să ridice tonul sau să-l insulte).

Terapeutul va urmări permanent realizarea unei alianțe cu instanța psihică sănătoasă a clientului, luptând împotriva instanțelor psihice reprezentate de schemele cognitive dezadaptative timpurii, obiectivul final fiind întărirea instanței psihice specifice adultului sănătos.

Atunci când vreuna dintre schemele cognitive disfuncționale ale clientului este activată de anumite aspecte ce decurg din relația terapeutică, terapeutul și clientul vor analiza ce anume s-a petrecut; ce acțiuni ale terapeutului au declanșat schema, ce a gândit, simțit și cum a acționat clientul.

În cazul în care relația terapeutică va activa o schemă cognitivă dezadaptativă timpurie a clientului se va produce un fenomen similar cu cel descris de psihanaliză, și anume transferul (clientul se va raporta la terapeut ca și cum terapeutul ar fi o figură semnificativă din copilăria sa, de regulă un părinte). În cadrul psihoterapiei centrate pe schemele cognitive, schemele dezadaptative și stilurile de a face față stresului vor fi abordate direct și deschis, în loc să se lucreze în mod implicit asupra nevrozei de transfer.

O trăsătură de personalitate foarte importantă pentru un terapeut specializat în psihoterapia bazată pe scheme cognitive este flexibilitatea. Acesta trebuie să acționeze ca un bun părinte care reușește să satisfacă nevoile emoționale de bază ale clientului, nevoi care au fost frustrate în copilărie: nevoia de atașament, de autonomie și competență, de exprimare autentică a emoțiilor, de spontaneitate și de limite realiste, obiectivul terapiei fiind, așa cum am mai subliniat, întărirea instanței psihice de adult.

Pentru a asigura eficiența demersului terapeutic este necesar ca terapeutul să fie conștient de impactul propriilor scheme cognitive asupra evoluției clientului.

Studiu de caz

Marcel, un avocat în vârstă de 36 de ani, consilier guvernamental, s-a prezentat la psihoterapie pentru optimizarea performanțelor profesionale. Acesta dorea să aibă o mai bună capacitate de concentrare a atenției, o rezistență mai mare la efort și să-și stăpânească mai bine emoțiile. Clientul este sociabil și vorbăreț, povestește lucruri amuzante din istoria vieții sale, îi adresează terapeutului numeroase complimente și nu se supără nici dacă acesta din urmă îi face observație că a întârziat. Terapeutul simte că ceva din comportamentul clientului său este în exces, reprezentând semnul unei supracompensări.

În loc să simtă simpatie față de Marcel, cum ar fi fost în cazul unui subiect atât de agreabil, terapeutul are tendința de a se îndepărta de acesta, emițând ipoteza că în spatele acestui comportament excesiv de amabil se ascunde o schemă cognitivă dezadaptativă timpurie, bazată pe izolare socială, pe care încearcă să o camufleze sub masca unei atitudini excesiv de prietenoase.

Reacția terapeutului față de comportamentul clientului său reprezintă o sursă importantă de informații referitoare la schemele cognitive ale clientului. Cu toate acestea, terapeutul trebuie să fie capabil să realizeze distincția dintre o intuiție corectă și activarea propriilor sale scheme cognitive pe care trebuie să le conștientizeze chiar la începutul terapiei, pentru a evita posibilele erori:

Pentru a realiza acest lucru, terapeutul va trebui să-și adreseze întrebări de tipul următor:

„Este el sincer interesat de soarta clientului său?"

„Dacă nu, de ce anume?"

„Nu cumva lucrul cu un anumit client îi activează propriile scheme cognitive? Care sunt acestea?"

„Care este stilul adaptativ al terapeutului?"

„Nu cumva acțiunile terapeutului pot produce un rău potențial clientului?"

„Consideră terapeutul că poate face față emoțiilor negative ale clientului cum ar fi panică, mânie sau disperare?"

„Poate terapeutul să se confrunte cu schemele cognitive dezadaptative timpurii ale clientului?"

„Este capabil terapeutul să ofere o reparație emoțională clientului?"

Young, Klosko și Weishaar (2003, p. 187) ne prezintă câteva scenarii în cadrul cărora schemele cognitive timpurii ale terapeutului au un efect negativ asupra bunului mers al terapiei.

1. Schemele clientului le declanșează pe cele ale terapeutului și invers, astfel încât se produce un fel de cerc vicios.

Prezentare de caz

Sonia, o tânără traducătoare în vârstă de 27 de ani, și-a format o schemă cognitivă disfuncțională bazată pe deprivare pe care o supracompensează devenind excesiv de revendicativă pe baza schemei de grandoare. Terapeutul Soniei se conduce după un tip de schemă cognitivă bazat pe supunere.

Sonia este o clientă revendicativă care telefonează frecvent între ședințele de terapie, modifică orele de întâlnire și solicită un tratament de excepție. Terapeutul răspunde solicitărilor ei, deoarece schema sa bazată pe supunere îl împiedică să-i fixeze limite. În același timp, terapeutul nutrește puternice resentimente față de clienta sa, devenind distant și detașat în timpul ședințelor de psihoterapie (schemă cognitivă bazată pe evitare). Acest tip de comportament activează din nou schema de deprivare a Soniei care devine și mai revendicativă. Se reactivează, la rândul său, schema de supunere a terapeutului și așa mai departe, până la erodarea alianței terapeutice.

În cazul în care terapeutul va conștientiza schema sa dezadaptativă bazată pe supunere, acesta va stabili clientei limite clare și va transforma reacția sa de evitare într-o reacție de confruntare empatică. Acesta va trebui să-i explice clientei că aceasta se simte deprivată emoțional în cadrul relației terapeutice, așa cum s-a simțit în copilărie, dar modalitatea în care își exprimă sentimentele are un efect contrar celor dorite de ea, pentru că îl face pe terapeut să aibă dificultăți în a-i acorda căldură și înțelegere.

2. Existența unei nepotriviri între nevoile clientului și schemele cognitive sau stilurile adaptative ale terapeutului.

Aceasta se întâmplă mai ales atunci când terapeutul prezintă asemănări cu părintele care a contribuit la formarea schemei cognitive disfuncționale de bază a clientului.

Studiu de caz

Marina, o doctoriță în vârstă de 32 de ani, s-a prezentat la terapie pentru depresie și dificultăți maritale.

Schema cognitivă disfuncțională de bază este și în acest caz una de deprivare emoțională. În copilărie clienta a avut părinți egocentrici care au neglijat-o, soțul fiind de asemenea o persoană introvertită și centrată pe sine însuși. Pentru a putea depăși schema cognitivă disfuncțională de bază, Marina ar avea nevoie de grijă, atenție și empatie din partea terapeutului.

Din păcate, terapeutul la care a nimerit se conduce după o schemă bazată pe inhibiție emoțională și nu este capabil să-i ofere căldură afectivă. Pe măsură ce demersul terapeutic înaintează în timp, Marina se simte tot mai deprivată emoțional de terapeutul ei și devine tot mai depresivă.

3. Fenomenul de supraidentificare se produce atunci când schemele terapeutului și clientului sunt asemănătoare. În astfel de situații,

terapeutul se poate identifica cu clientul său, pierzându-și obiectivitatea. Mai mult, acțiunile terapeutului vor întări schema cognitivă disfuncțională a clientului.

Radu și terapeuta sa aveau amândoi o schemă cognitivă timpurie bazată pe abandon. Radu s-a prezentat la psihoterapie după ce a fost părăsit de prietenă pentru depresie și atacuri de panică. Părinții clientului divorțaseră când acesta avea 4 ani, acesta fiind crescut de tată.
Terapeuta își pierduse la rândul ei mama într-un accident rutier atunci când avea 11 ani. În momentul în care Radu a început să povestească despre ceea ce a simțit când a rămas fără mamă sau când s-a despărțit de prietenă, terapeuta s-a lăsat la rândul ei copleșită de emoții, devenind atât de implicată în acest caz, încât nu a mai putut să-i fixeze clientului limite. Aceasta i-a permis clientului să-i telefoneze la orice oră și a petrecut mult timp conversând cu acesta la telefon. Terapeuta nu a conștientizat propriile sale distorsionări cognitive și i-a dat mereu dreptate clientului în loc să-l încurajeze să devină mai realist, întărind comportamentul dezadaptativ al acestuia.

Schemele cognitive disfuncționale cel mai frecvent întâlnite la terapeut sunt cele legate de standardele nerealiste și de sacrificiul de sine. Acești terapeuți trebuie să fie foarte atenți să nu aibă expectații nerealiste față de clienți sau să echilibreze balanța între a oferi și a primi afecțiune și protecție.

4. Stările emoționale ale clientului declanșează la terapeut comportamente de evitare.

Adesea intensitatea excesivă a reacțiilor emoționale ale clientului îl depășește pe terapeut care fie se retrage în plan psihologic, fie schimbă subiectul, fie îi comunică pacientului faptul că nu este indicat să aibă emoții atât de puternice.

Magda, o pianistă de succes în vârstă de 35 de ani, s-a prezentat la terapie după decesul mamei sale. Clienta se simțea culpabilă pentru că nu a fost prezentă lângă aceasta în ultimele clipe, spunea că ea a fost mândria mamei sale și că aceasta din urmă era singura persoană care a iubit-o sincer.
După nefericitul eveniment Magda și-a abandonat elevii, a încetat să mai studieze pentru un recital și a început să abuzeze de alcool. Clienta bea toată noaptea, iar ziua dormea sau se uita la televizor. În această perioadă clienta a început să frecventeze singură cluburi și a avut relații intime întâmplătoare cu bărbați necunoscuți.

Clienta a intrat în terapie când terapeutul său era supraaglomerat la cabinet și acasă, unde o ajuta pe soție să aibă grijă de copilul lor de câteva luni. Confruntat cu disperarea Magdei, cu maniera autodistructivă în care aceasta se comporta, terapeutul s-a simțit depășit și nu a mai fost suficient de disponibil pentru ea, fapt ce a determinat-o pe clientă să renunțe la terapie.

5. Clientul activează schema emoțională a terapeutului, iar acesta din urmă supracompensează.

Uneori, atunci când stările emoționale ale clientului sunt prea puternice, terapeutul poate intra în alertă.

Astfel, de pildă, în cazul unor clienți cu tulburare de personalitate de tip borderline care automutilează sau amenință cu suicidul, unii terapeuți au tendința să se retragă, în timp ce alții supracompensează atacând sau blamând clientul, ambele atitudini fiind nocive. Ceea ce solicită de fapt acești clienți este un semn de atenție și simpatie din partea terapeutului.

Raluca și terapeuta ei funcționau amândouă pe baza unei scheme cognitive referitoare la incapacitate și imagine de sine scăzută, ambele având tendința de a supracompensa acest lucru atunci când se simțeau atacate.

Raluca a povestit că a avut o copilărie fericită și niște părinți extraordinari. În timpul exercițiului de imaginație dirijată în stare de relaxare, Raluca a povestit că susținerea mamei sale era de fapt falsă și că niciodată nu a reușit să-i facă acesteia pe plac. Mama sa, actriță, ar fi dorit-o balerină, în timp ce clienta era plinuță, dar avea rezultate școlare de excepție.

Raluca a întrebat-o la un moment dat pe terapeută dacă a avut performanțe în plan artistic sau sportiv, iar aceasta din urmă, probabil invidioasă pe faptul că pacienta sa a învățat mai bine, a început să-și exagereze propriile performanțe sportive. Discuția a degenerat, cele două comunicând pe un ton de ostilitate mascată. În felul acesta, terapeuta în loc să o elibereze pe clientă de sentimentele sale de autodevalorizare, nu a făcut decât să le întărească.

În cazul în care clientul are o schemă cognitivă bazată pe supraapreciere și terapeutul îi acordă prea mult sprijin, este posibil ca la un moment dat, când subiectul pretinde în mod nejustificat ceva despre care crede că i se cuvine, terapeutul să declanșeze o reacție de supracompensare, manifestându-și ostilitatea față de client.

6. Clientul activează instanța psihică de părinte disfuncțional a terapeutului.

Astfel, clientul care se comportă ca un copil rău va activa ego-ul de părinte punitiv al terapeutului.

Maria, absolventă de liceu, se prezintă la psihoterapie pentru că a căzut a doua oară la examenul de bacalaureat.
După evaluarea preliminară, clienta și terapeutul său au căzut de acord că în acest caz este vorba de o schemă cognitivă disfuncțională bazată pe lipsa autocontrolului și disciplinei. Terapeutul i-a trasat ca sarcină pentru acasă să-și automonitorizeze activitățile, dar aceasta nu a îndeplinit-o, fapt ce s-a repetat de mai multe ori. Terapeutul, care funcționa pe baza unei scheme cognitive de incapacitate – eșec, a început să se simtă ineficient și a supracompensat intrând în rolul „părintelui punitiv". Acesta a început să o certe pe clientă așa cum procedau și părinții ei când era mică. Simțindu-se sancționată și fără a obține vreun beneficiu de pe urma terapiei, Maria a refuzat să mai vină la cabinet.

7. Clientul satisface anumite trebuințe ale terapeutului, trebuințe declanșate de schemele cognitive disfuncționale.

Terapeuții care nu-și cunosc suficient de bine propriile scheme cognitive timpurii riscă să-și exploateze clienții pentru că în loc să se ocupe de bunăstarea acestora, îi utilizează pentru satisfacerea propriilor lor nevoi emoționale.

Un terapeut de sex feminin funcționa în conformitate cu o schemă cognitivă disfuncțională bazată pe deprivare. Deoarece aceasta nu primise grijă și afecțiune în copilărie, ea încerca să-și gratifice copilul interior acordând ajutor și afecțiune clienților. Una dintre clientele sale Doina, funcționa după o schemă cognitivă bazată pe sacrificiul de sine, și s-a prezentat la terapie pentru depresie. Clienta era atât de epuizată din cauza grijii pe care trebuia să o acorde membrilor familiei, în special mamei sale, încât nu mai avea timp pentru ea.

Ca orice persoană care funcționa după o astfel de schemă, clienta era empatică, disponibilă și gata să uite de sine, observând faptul că terapeuta sa este tristă sau obosită. Deși simțea nevoia să vorbească despre problemele ei, Doina își reprima această tendință și o întreba pe terapeută ce anume este în neregulă. Interacțiunile s-au desfășurat astfel încât s-a ajuns la situația în care terapeuta i-a permis clientei să aibă grijă de ea, aceasta din urmă devenind tot mai depresivă.

8. Schemele cognitive ale terapeutului se declanșează atunci când clientul nu progresează suficient.

Acest lucru se petrece mai ales în cazul terapeuților care funcționează în conformitate cu schemele cognitive de incapacitate, eșec sau dependență – incompetență. Astfel de terapeuți pot manifesta nerăbdare sau mânie față de clienți, ceea ce nu face decât să întărească schemele acestora din urmă.

Gaby, programatoare în vârstă de 26 de ani, suferă de tulburare de personalitate de tip borderline. Aceasta s-a prezentat la psihoterapie cu simptome de depresie, în urma despărțirii de prietenul ei Ionuț. La început Gaby și Ionuț fuseseră nedespărțiți, dar treptat Ionuț a început să-și manifeste nevoia de independență. Gaby a început să facă scene de gelozie, să-l controleze în permanență și să-l amenințe cu sinuciderea dacă o părăsește.

În momentul începerii terapiei lui Gaby era clar că Ionuț dorește să iasă din relație. Gaby plângea, promitea că se schimbă și îl implora să revină, iar Ionuț vorbea cu ea refuzând însă să se întoarcă.

Terapeutul care funcționa după o schemă de dependență — incompetență se grăbea să o ajute pe clientă să-și lase prietenul să plece, repetându-i că acest comportament de a se agăța de el este autodistructiv, iar Gaby era de acord. Terapeutul a învățat-o să utilizeze tehnici de distragere și de oprire a gândurilor atunci când era obsedată de ideea de a-i telefona prietenului.

Nici tehnicile de prescriere a unor activități alternative nu au dat nici un rezultat, moment în care terapeutul a început să se simtă neputincios și plin de resentimente. Când Gaby își exprima sentimentele de neputință, terapeutul începea să o blameze insinuând faptul că ea nu dorește să se vindece. Gaby a început să simtă că nu este suficient de bună pentru Ionuț și nici pentru terapie și a făcut o tentativă de suicid, din fericire nereușită.

Terapeuții cu scheme cognitive bazate pe ineficiență, eșec sau incompetență-dependență pot deveni agitați sau nesiguri, slăbind încrederea clienților în psihoterapie sau pot reacționa în mod impulsiv, direcționând clientul către un alt terapeut.

9. Schemele cognitive disfuncționale ale terapeutului sunt activate mai ales atunci când clienții declanșează crize psihologice de amploare.

Diana, o terapeută în vârstă de 39 de ani, funcționa pe baza unei scheme cognitive timpurii de supunere, schemă formată datorită mamei sale excesiv de dominatoare care o amenința că pleacă de acasă dacă Diana nu face ceea ce i se spune.

Ioana, studentă la arte plastice, diagnosticată cu tulburare de personalitate de tip borderline a furnizat informații confuze referitoare la copilăria ei. Aceasta a afirmat odată că un vecin a abuzat sexual de ea, iar altă dată că nu s-a întâmplat nimic.

Prietenul Ioanei, de asemenea artist plastic, consuma alcool și droguri (heroină la folie). Când se afla sub influența drogurilor acesta dispărea zile întregi de acasă. Ultima oară când s-a întâmplat acest lucru, Ioana și-a tăiat venele cu o lamă de ras. După două luni de la începerea terapiei, Ioana avea întâlnire cu prietenul ei, dar acesta nu a mai apărut deloc.
Ioana și-a secționat din nou venele și i-a telefonat terapeutei sale. Aceasta din urmă, în loc să fie empatică și să cheme salvarea, a făcut la rândul ei o criză de nervi crezând că pacienta vrea doar să o manipuleze așa cum proceda propria ei mamă.

10. Terapeutul este invidios pe clientul său pentru un motiv anume: frumusețe, succes, bunăstare. Acest fenomen poate să apară mai ales la terapeuții narcisici.

Carmen, o tânără de 21 de ani, studentă la teatru și fotomodel, a fost adusă la psihoterapie de tatăl ei pentru o stare reactivă cauzată de decesul mamei într-un accident rutier. Clienta are un fizic foarte atrăgător și este fiica unui om de afaceri prosper care o iubește foarte mult.
Terapeuta îi promite clientei că o va ajuta să depășească situația, dar în adâncurile ființei sale este geloasă pe aceasta pentru că are tot ceea ce ea și-ar fi dorit: frumusețe, bani, talent și un tată iubitor. Din cauza acestor sentimente, terapeuta nu poate construi o relație empatică autentică și deschisă cu clienta. Simțind că ceva nu este în regulă, Carmen refuză să continue terapia.

Pentru ca terapia să fie încununată de succes, terapeuții trebuie să devină conștienți de propriile lor limite, iar în cazul în care contactul cu clienții le activează schemele dezadaptative timpurii aceștia trebuie să anticipeze dacă sunt capabili să facă față situației într-o manieră profesionistă. Acest deziderat poate fi atins în urma cursurilor de dezvoltare personală și a ședințelor de supervizare. În cazul în care aceste probleme nu-și găsesc rezolvarea, este indicat ca pacientul să fie îndrumat la alt terapeut.

Etapa de schimbare terapeutică va continua procesul de interacțiune dintre schemele cognitive ale terapeutului și clientului, procesele cele mai importante din această etapă fiind confruntarea empatică și reparația limitată a psihotraumelor infantile.

Confruntarea empatică nu reprezintă o strategie terapeutică în sine, ci mai curând un mod de relaționare bazat pe înțelegere afectivă în cadrul căruia terapeutul trebuie să fie sincer interesat de ceea ce se petrece cu clientul. Acesta trebuie să-i arate clientului că înțelege de

ce clientul și-a structurat respectivele scheme cognitive și cât de dificilă, dar în același timp necesară este schimbarea.

Activarea schemelor cognitive disfuncționale este evidentă atunci când clientul are manifestări exagerate, realizează interpretări greșite, precum și din comportamentul nonverbal al acestuia.

Primul pas al acestui demers constă în a permite clientului să-și exprime realitatea interioară. Terapeutul îl va încuraja să-și formuleze punctul de vedere, să-și exprime liber gândurile și sentimentele, adresându-i întrebări de genul următor: „Ce gândești și ce simți?"; „Ce simți nevoia să faci?"; „Ce acțiuni ale terapeutului au declanșat schema cognitivă?"; „Despre ce fel de schemă este vorba?"; „Cine altcineva l-a mai făcut pe client să se simtă astfel?"; „Ce persoană din copilăria clientului l-a mai determinat să trăiască astfel de stări?" etc.

În continuare, terapeutul va empatiza cu stările emoționale ale subiectului, făcându-l să se simtă înțeles și acceptat. Se trece apoi la prezentarea situației, când terapeutul va interpreta punctele de vedere ale clientului utilizând logica și datele realității, oferindu-i acestuia interpretări alternative referitoare la cele petrecute.

Studiu de caz

Andreea, traducătoare de limbă arabă, provenind dintr-o familie de diplomați, s-a prezentat la psihoterapie pentru depresie și atacuri de panică survenite în urma despărțirii de prietenul său. Schema cognitivă de bază a acesteia era una de deprivare emoțională, părinții ei având o situație materială foarte bună, dar fiind aproape permanent absenți din viața ei, deoarece erau la post în străinătate. Andreea rămânea în grija unei mătuși urmând o școală cu program prelungit. La un moment dat, Andreea și-a amintit că a vrut să sară de la balcon pentru a-i împiedica pe părinți să plece.

În primele ședințe de terapie, Andreea se simte neînțeleasă de terapeut pe care îl abordează agresiv. Utilizând confruntarea empatică, terapeutul o încurajează pe clientă să-și exprime punctul de vedere în legătură cu cele petrecute în cabinet. Andreea afirmă că este furioasă pentru că se teme că terapeutul nu o va înțelege niciodată și că va sfârși prin a rămâne singură. Terapeutul îi arată faptul că înțelege de ce ea se simte astfel și își cere scuze dacă nu a înțeles-o în suficientă măsură.

Acesta îi explică în continuare faptul că deși probabil nu o înțelege în totalitate se străduiește să o facă și că realmente îi pasă de ceea ce se petrece cu ea. Terapeutul subliniază și faptul că dacă ea își ascunde teama sub masca mâniei, efectul va fi că acest lucru îl va îndepărta de ea și îl va determina să-i fie și mai greu să-i acorde sprijin.

Reparația parțială a psihotraumei timpurii

Acest demers este util mai ales clienților cu scheme cognitive de respingere sau neglijare, care au fost abuzați, abandonați, deprivați emoțional sau respinși. Cu cât psihotrauma este mai severă, cu atât reparația emoțională joacă un rol mai important în cadrul terapiei.

Strategiile terapeutice specifice reparației emoționale se centrează pe teme cum ar fi autonomia, exprimarea liberă, spontaneitatea, reciprocitatea, precum și stabilirea unor limite realiste. Reparația emoțională are un caracter limitat, deoarece terapeutul îl ajută pe client să-și satisfacă parțial trebuințele emoționale frustrate, în limitele impuse de etica profesională. Terapeutul nu va deveni părintele clientului și nu-l va determina să regreseze în plan psihic la vârsta copilăriei, creându-i noi dependențe. Mai curând este vorba de un gen de interacțiune care are menirea să „vindece" rănile care au condus la formarea schemelor cognitive dezadaptative timpurii.

Pentru a alege cea mai bună strategie de realizare a reparației emoționale, terapeutul va trebui să-și adapteze tipul de intervenție la stadiul de dezvoltare al clientului. Astfel, de pildă, clienții cu tulburare de personalitate de tip borderline au cele mai multe cerințe de tip infantil, aceștia solicitând întâlniri suplimentare sau convorbiri telefonice cu terapeutul între ședințele de psihoterapie. Acesta din urmă va trebui să stabilească un echilibru între propriile sale limite și stabilirea unor limite corecte pentru client.

Reparația emoțională limitată presupune o interacțiune dintre client și terapeut, bazată pe comunicare autentică, sinceră și pe autodezvăluiri. Aprecierea pozitivă dată de terapeut unui client cu schemă cognitivă bazată pe incapacitate–autodevalorizare va avea efect doar atunci când scoate în evidență calitățile reale ale clientului.

O altă modalitate de a realiza reparația emoțională limitată constă în a răspunde cu sinceritate la întrebările clienților, cu condiția ca acestea să nu aibă un caracter personal. Astfel, unui client cu schemă cognitivă bazată pe neîncredere–abuz, care adresează întrebarea dacă terapeutul ia note sau înregistrează ședințele de psihoterapie, acesta din urmă trebuie să-i răspundă direct, explicând necesitatea înregistrării unor date pentru bunul mers al terapiei.

Clienții cu scheme cognitive de dependență, care solicită terapeutului să-i ajute să ia decizii, trebuie abordați prin intermediul unei strategii care să îmbine reparația emoțională cu confruntarea empatică, ceea ce presupune în acest caz evitarea unui răspuns direct.

Răspunsul potrivit ar fi următorul: „Știu că te temi să iei singur o hotărâre importantă deoarece schema ta cognitivă bazată pe dependență te împiedică să o faci, dar eu sunt convins de faptul că ești capabil să faci acest lucru. Eu te voi sprijini să iei decizia cea mai bună."

Terapeutul nu poate și nu trebuie să evite activarea schemelor cognitive disfuncționale ale clientului în timpul ședințelor de psihoterapie. Dimpotrivă, acesta trebuie să lucreze asupra lor atunci când se declanșează. În loc să minimalizeze evenimentele care au loc, terapeutul va trebui să utilizeze activarea schemelor cognitive ca pe o resursă pentru a maximiza potențialul de creștere și dezvoltare al clientului.

Reparația emoțională limitată se realizează cel mai bine cu ajutorul tehnicilor experiențiale, în special prin intermediul metodei imageriei dirijate. Astfel, atunci când terapeutul pătrunde în imaginea creată de client și adoptă rolul „adultului sănătos" permițând clientului să exprime ce anume și-ar fi dorit și nu a obținut de la părinții săi, acesta realizează de fapt o reparație emoțională limitată. Terapeutul îl învață pe client că există și alte modalități în care ar fi putut să fie tratat de părintele său.

Modelând în plan imaginativ comportamentul instanței psihice specifice adultului sănătos și apoi stimulând clientul să joace el rolul acestei instanțe psihice, terapeutul îl ajută de fapt să acorde singur o reparație morală instanței psihice numite „copilul interior".

Young, Klosko și Weishaar (2003, p. 203) prezintă principalele strategii de reparație emoțională limitată potrivite pentru fiecare tip de schemă cognitivă.

- *Abandon–instabilitate*

Terapeutul devine o sursă tranzitorie de stabilitate, ajutându-l eventual pe client să găsească alte relații stabile în afara terapiei. Vor fi corectate acele distorsionări cognitive referitoare la faptul că terapeutul îl va abandona pe client. Acesta din urmă îl va ajuta pe client să accepte faptul că el poate lipsi, poate pleca în concediu sau nu este disponibil, fără să decompenseze în comportamente agresive sau autodistructive.

- *Neîncredere–abuz*

Terapeutul va fi demn de încredere, autentic și onest cu clientul său. Acesta va deschide periodic discuții legate de încrederea și relația care se stabilește cu clientul, analizând eventualele sentimente negative pe care acesta din urmă le poate avea față de el. Pentru a câștiga încrederea clientului, terapeutul va amâna atunci când este cazul

aplicarea strategiilor experiențiale și va proceda cu delicatețe în abordarea amintirilor traumatizante.

- *Deprivare emoțională*

Terapeutul va crea o atmosferă caldă, bazată pe empatie și ghidare, încurajând clientul să se simtă îndreptățit să ceară să-i fie satisfăcute trebuințele emoționale. Terapeutul îi va permite clientului să-și exprime deschis sentimentele de deprivare emoțională, fără să reacționeze impulsiv sau să păstreze o tăcere încărcată de indiferență. De asemenea, acesta îl va ajuta pe client să accepte limitele terapeutului, să tolereze un anumit grad de deprivare, apreciind în același timp grija și atenția care îi sunt acordate.

- *Incapacitate–imagine de sine scăzută*

Terapeutul va avea o atitudine de acceptare nonevaluativă, arătându-i clientului că îi pasă de el în ciuda unor aspecte negative pe care acesta le manifestă. Terapeutul acceptă, la rândul său, faptul că este imperfect și îi împărtășește clientului slăbiciunile sale minore. Clientul va fi complimentat ori de câte ori se poate, fără însă a se exagera.

- *Izolare socială*

Terapeutul va sublinia aspectele comune cu clientul, dar și diferențele dintre ei, elemente care îi determină totuși să fie compatibili.

- *Dependență–incompetență*

Terapeutul va rezista tendințelor clientului de a deveni dependent de el, încurajându-l să ia singur decizii. Terapeutul va valoriza pozitiv progresele și judecățile clientului.

- *Vulnerabilitate față de boală și accidente*

Terapeutul îl va descuraja pe client să devină dependent de el pentru a obține asigurări legate de cât de periculoasă este existența în lume. Acesta își va exprima în mod calm încrederea în capacitatea clientului de a face față situațiilor fobice (mai ales fricii de îmbolnăvire).

- *Nediferențiere–ego insuficient dezvoltat*

Terapeutul va stabili clientului reguli și limite care nu sunt nici prea largi, nici prea înguste, încurajându-l în același timp să-și dezvolte un ego independent și diferențiat.

- *Eșec*

Terapeutul îl sprijină pe client să facă față activităților școlare sau profesionale, să stabilească programul și îi stabilește limite.

- *Grandoare*

Terapeutul va sprijini latura vulnerabilă a clientului și nu o va întări pe cea supradimensionată. Acesta se va confrunta în mod empatic

și cu aspectele unde clientul își supraevaluează calitățile, stabilind limite clare. Terapeutul va valoriza mai mult relațiile interumane și mai puțin puterea și statutul.

- *Autocontrol deficitar*

Terapeutul va fi foarte ferm în stabilirea limitelor, va modela comportamentele bazate pe autocontrol și autodisciplină și îl va recompensa pe client dacă își dezvoltă aceste abilități.

- *Supunere*

Terapeutul va adopta o atitudine nondirectivă, încurajând clientul să ia decizii în legătură cu obiectivele terapiei, metodele de tratament și temele pentru acasă. Acesta îl va ajuta pe client să-și conștientizeze și să-și exprime adecvat sentimentele de mânie sau ostilitate.

- *Sacrificiu de sine*

Terapeutul îl va ajuta pe client să-și stabilească propriile limite, drepturi și nevoi. Clientul va fi încurajat să se bazeze pe terapeut, valorizându-i tendințele de dependență. În același timp, clientul va fi oprit să aibă grijă de psihoterapeutul său.

- *Negativism–pesimism*

Terapeutul va refuza să joace rolul părții pozitive a clientului în dialog cu cea negativă, încurajând mai curând clientul să joace ambele roluri. Terapeutul va afișa o atitudine încărcată de optimism sănătos.

- *Inhibiție emoțională*

Terapeutul își exprimă în mod spontan reacțiile afective, încurajându-l pe client să procedeze în același mod.

- *Standarde nerealiste*

Terapeutul va da exemple de standarde realiste din cadrul propriei sale existențe, va încuraja umorul și atitudinea ludică din partea clientului, punând un accent mai mare pe relația terapeutică decât pe îndeplinirea sarcinilor, valorizând în același timp comportamentele imperfecte.

- *Punitivitatea excesivă*

Terapeutul va adopta o atitudine iertătoare față de client și față de propria persoană și va întări pozitiv același tip de comportament din partea clientului.

- *Căutarea aprobării*

Terapeutul va valoriza ego-ul real al clientului în detrimentul unor valori efemere cum ar fi aspectul fizic, statutul social sau nivelul economic.

BCU INTERNATIONAL UNIVERSITY LIBRARY

Același comportament al clientului va necesita abordări diferite din partea terapeutului. Astfel, dacă un client întârzie frecvent la ședințele de terapie, terapeutul îl va aborda în funcție de tipul de schemă cognitivă disfuncțională care stă la baza acestui comportament:

- *Schema bazată pe neîncredere și abuz*

Clientul întârzie pentru că îi este teamă de faptul că terapeutul va abuza de el. Abordarea terapeutică va presupune empatizarea cu „copilul abuzat", terapeutul adresându-i-se astfel:

„Înțeleg faptul că ți-e tare greu să vii la ședințele de psihoterapie pentru că de fapt te temi de mine. Înțeleg faptul că te simți astfel din cauza modului în care ai fost tratat în copilărie. Mă bucur că ai venit totuși și sper că treptat vei căpăta mai multă încredere în mine și vei face toată ședința de terapie".

Dacă subiectul se conduce după o schemă cognitivă de abandon–instabilitate și întârzie pentru că de fapt se teme că se va atașa prea mult de terapeut și că acesta va sfârși prin a-l abandona, atitudinea terapeutică potrivită este aceea de a asigura clientul de stabilitatea relației terapeutice: „Tu crezi că eu mă voi supăra pe tine pentru că ai întârziat. Aș dori să știi că nu mă supăr pe tine orice s-ar întâmpla pentru că sunt conștient de faptul că motivele întârzierii tale se află în copilărie. Chiar dacă mai întârzii, continuăm terapia".

În cazul în care clientul se conduce după o schemă cognitivă bazată pe ineficiența personală și întârzie pentru că îi este teamă că terapeutul va avea timp să descopere cum este el de fapt și-l va disprețui pentru asta, acesta din urmă va empatiza cu instanța psihică denumită „copilul respins", explicându-i că va fi acceptat chiar dacă întârzie.

Clientului care întârzie conducându-se după o schemă cognitivă bazată pe eșec care îl determină să procedeze astfel pentru că oricum terapia nu va da rezultate, terapeutul i se va adresa astfel: „Înțeleg că ți-e greu să crezi că terapia va avea efect pentru că multe lucruri nu au mers în cazul tău în trecut. Ar fi mai bine însă dacă ne-am concentra asupra a ceea ce se întâmplă dacă ajungi la timp sau dacă întârzii".

Să presupunem că un client cu o schemă de tip incompetență–dependență întârzie la terapie pentru că nu și-a planificat corect strategia de a ajunge la timp. În acest caz abordarea adecvată ar consta în formarea și întărirea unor deprinderi de viață.

Terapeutul îl va aborda astfel: „Să vedem ce a fost corect și ce a fost greșit în modul în care ai procedat pentru a ajunge la cabinet. Pentru data viitoare vom planifica împreună călătoria astfel încât să poți ajunge la timp fără dificultate".

Terapia interpersonală de reconstrucție

Acest sistem terapeutic a fost pus la punct de Lorna Smith Benjamin (2003) pentru rezolvarea cazurilor dificile care nu se ameliorează, indiferent de maniera în care sunt abordate, majoritatea acestora întrunind criteriile uneia sau mai multor tulburări de personalitate.

Clienții au urmat diverse tipuri de tratamente psihiatrice și psihoterapeutice, fără însă a obține vreun rezultat. Aceștia suferă cu adevărat și adesea au mari dificultăți în ceea ce privește funcționarea socială. Durata tratamentului lor psihoterapeutic este destul de lungă, fiind de cel puțin un an, dacă nu mai mult.

Ideea care stă la baza acestui tip de abordare constă în aceea că în cazul clienților refractari la tratament este vorba de o reacție psihologică față de o persoană semnificativă internalizată, reacție care este mai importantă pentru client decât relațiile interpersonale actuale. Demersul terapeutic se adresează acestui gen de relații interiorizate, considerându-se că atunci când clientul renunță la acest gen de relații, strategiile terapeutice și medicamentoase vor da rezultate mai bune.

Formularea cazurilor și metodele de tratament sunt strâns legate de relațiile clientului cu o persoană semnificativă din copilărie și se referă la mecanisme psihologice de tipul următor: „să fiu la fel cu el", „să mă comport ca și cum el ar fi încă aici și ar deține controlul asupra mea", „să mă comport față de mine însumi așa cum am fost tratat de el/ea".

Astfel, de pildă, o tânără care a crescut sub influența unei mame hipercritice va avea tendința să devină foarte critică față de ea însăși, comportându-se conform standardelor persoanei internalizate la nivel de reprezentare. Această subordonare față de regulile impuse de persoana semnificativă internalizată reprezintă expresia dorinței puternice de a-i face pe plac persoanei respective.

Demersul terapeutic se va focaliza asupra identificării și eliminării acestor modele de comportament interiorizate, desfășurându-se în cinci etape care implică autodezvăluire și managementul propriilor stări emoționale și reacții comportamentale.

Toate aceste etape sau stadii ale psihoterapiei vor aborda conflictul primar dintre instanța psihică numită „Loialul regresat" (acea parte a ego-ului clientului care caută aprobarea persoanei semnificative interiorizate) și „Colaboratorul evoluționist" (acea instanță psihică ce s-a prezentat la terapie și dorește schimbarea). Etapele propriu-zise ale terapiei sunt următoarele:

1. Colaborarea (stabilirea relației terapeutice);
2. Evidențierea modelelor de comportament dezadaptative (de unde provin acestea, care este rolul lor, cum și de ce s-au format);
3. Blocarea modelelor de comportament problematice;
4. Întărirea motivației pentru schimbare;
5. Învățarea unor noi metode de comportament.

Deși nu au fost realizate încă studii clinice de amploare, cele existente au evidențiat că în urma aplicării metodei menționate a scăzut rata tentativelor de suicid, precum și frecvența spitalizărilor.

Prezentăm în cele ce urmează câteva cazuri de clienți considerați rezistenți

Domnica, o profesoară de matematică în vârstă de 51 de ani, a fost internată la clinica de psihiatrie pentru depresie și anxietate cronică, persistentă.

Clienta era tratată de aproape 10 ani cu antidepresive, iar în ultimul timp au fost introduse și anxiolitice în doze mari. Deși la început acestea au dat rezultate, în ultimele luni anxietatea clientei s-a accentuat foarte mult, ea afirmând că spaima o însoțește pretutindeni. Diagnosticul a fost de depresie majoră, considerându-se anxietatea ca simptom secundar. Aceasta a urmat timp de un an și un tratament psihoterapeutic de orientare psihodinamică, ajungând la concluzia, în urma interacțiunilor cu psihanalistul, că a fost abuzată sexual de tatăl său în copilărie.

Barbu, electronist în vârstă de 39 de ani, a fost internat pentru agitație psihomotorie, idei cu conținut suicidar și de gelozie (era convins că soția îl înșală), pe fondul unui consum abuziv de alcool. Clientul a urmat înainte tratament cu Prozac și a refuzat includerea într-un grup de psihoterapie. În timpul spitalizării el repeta permanent o istorie care conținea așa-zise dovezi legate de infidelitatea partenerei.

Cornelia, o economistă în vârstă de 37 de ani, care tocmai divorțase de soțul ei după 15 ani de căsnicie, s-a internat în clinica de psihiatrie pentru episod depresiv major. Clienta a urmat tratament cu antidepresive și antipsihotice timp de 14 ani și mai multe programe de psihoterapie fără niciun rezultat. La actuala internare a fost evaluat riscul suicidar al clientei deoarece aceasta a afirmat că este în căutarea unei metode care să nu dea greș. Deși clienta era relativ coerentă, ea a relatat faptul că uneori aude voci: o voce „bună" și una „rea". În momentul în care se afla într-o sta-

re psihică proastă, vocile începeau să dialogheze în același timp, creându-i o stare de confuzie.

Clienții de acest tip nu răspund bine nici la medicație psihiatrică, nici la psihoterapie, fiind considerați clienți refractari. Marea majoritate a autorilor consideră că prezența unei tulburări de personalitate complică foarte mult tratamentul psihiatric sau psihoterapeutic, determinând un pronostic rezervat.

Terapia interpersonală de reconstrucție își propune să optimizeze demersul terapeutic adresat clienților considerați rezistenți (Lorna Smith Benjamin, 2003). Abordarea terapeutică are un caracter predominant psihosocial, fără a fi însă împotriva medicației psihiatrice pentru cazurile unde aceasta este necesară.

Această orientare nu propune noi strategii terapeutice sau noi scheme de tratament, ci doar o nouă abordare care să permită o utilizare mai eficientă a metodelor deja cunoscute. Terapia interpersonală de reconstrucție poate fi considerată un demers psihosocial care pune accent pe rolul învățării, pe situațiile curente și pe consecințele deciziilor pe care le ia clientul, fără a ignora aspectele de natură ereditară.

Formularea cazului reprezintă elementul cheie al intervenției terapeutice pentru că îi permite terapeutului să identifice cauzele care au contribuit la apariția problemei actuale. Acest demers terapeutic postulează faptul că fiecare problemă prezentă are la bază un sistem de interrelații și reguli referitoare la o figură semnificativă din copilăria clientului.

Formularea cazului trebuie să aibă un caracter coerent, integrator, bazat pe date rezultate în urma interviului clinic aprofundat și trebuie să poată fi verificată în practică, având implicații clare pentru strategia terapeutică aplicată (servește drept ghid în alegerea strategiilor aplicate de terapeut).

Comportamentul dezadaptativ prezent, stările afective și gândurile asociate acestuia sunt organizate în jurul unei reprezentări interne care nu este altceva decât schema cognitivă disfuncțională descrisă de Young și colaboratorii (2003). Odată identificat procesul care conectează problema prezentă cu o figură semnificativă din copilărie, terapeutul va trebui să-l ajute pe client să descopere ce anume menține procesul psihopatologic.

Ipoteza formulată de Lorna Smith Benjamin (2003, p. 10) este că acest comportament dezadaptativ al clientului este menținut și întă-

rit de ideea că figura semnificativă interiorizată va ierta, va cere scuze, va valoriza, va face posibilă o apropiere sau mai curând va oferi clientului afecțiunea de care acesta nu a avut parte în copilărie. Motivația menținerii comportamentelor dezadaptative este, așadar, tendința clientului de a proceda într-un anumit fel până când persoana semnificativă interiorizată la nivel de reprezentare va „recepționa" mesajul său (îl va auzi într-un fel).

Odată ce aceste tendințe sunt transformate sau se renunță la ele, clientul va răspunde mai bine la tratamentele specifice medicamentoase sau psihoterapeutice, fără a mai manifesta tendința de a sabota psihoterapia.

Prezentăm mai jos conceptualizarea cazului pentru clienta Domnica

Așa cum am subliniat mai sus, Domnica suferea de depresie majoră cronică și anxietate accentuată, clienta explicându-și starea prin ideea indusă în urma terapiei psihodinamice conform căreia ar fi fost abuzată sexual în copilărie de propriul tată. Domnica urma tratament medicamentos și psihoterapie de mai mulți ani, fără nici un rezultat. Actualmente clienta era divorțată de un soț agresiv și alcoolic, dedicându-și timpul pentru a-și ajuta fiul și nora întorși din Statele Unite, unde nu au reușit să se realizeze. Ultima spitalizare a survenit după ce fiul și nora s-au decis să facă o nouă încercare, emigrând de data aceasta în Australia, moment în care Domnica a încetat să mai funcționeze.

Domnica a crescut într-o familie cu un tată alcoolic și abuziv (în urma ședințelor de terapie psihoanalitică aceasta și-a amintit faptul că a fost abuzată de tatăl ei inclusiv sexual). Mama clientei nu numai că nu reușea să aplaneze conflictul, ci își folosea propria fiică pe post de paravan, trimițând-o să se confrunte cu tatăl furios. Cu timpul, Domnica și-a asumat rolul de protector nu numai față de mamă, ci și față de frații ei mai mici, rol pe care l-a menținut și la vârsta adultă. În afara acestei strategii, Domnica mai punea în acțiune și alte două: când era bolnavă, mama avea grijă de ea și din acest motiv ea agreea spitalele, medicii și chiar injecțiile. A doua strategie era una de izolare, clientei plăcându-i să stea mult timp încuiată în baie, spitalul și baia reprezentând locurile de refugiu, unde se simțea în siguranță.

În viața de adult, Domnica a adus cu sine modelul interacțiunilor timpurii: tatăl (soțul) va ataca și mama nu va fi acolo să o apere, mecanismul său defensiv fiind acela de a-i ajuta pe ceilalți (copiii). Atunci când fiul și nora au decis din nou să emigreze, Domnica a dezvoltat o nouă decompensare depresiv anxioasă, deoarece nu a mai putut juca rolul salvatorului.

Anii îndelungați de psihoterapie nu au dat rezultate, pentru că clienta se simțea compensată în această schemă interpersonală dezadaptativă: ea permitea abuzurile tatălui (inclusiv sexuale) pentru a apăra restul familiei. În urma discuțiilor

cu terapeutul, clienta a ajuns la concluzia că dificultăţile sexuale ce au apărut în relaţia ei cu soţul, la rândul său alcoolic şi agresiv, îşi au originea în interacţiunile cu tatăl.

Terapeutul i-a explicat clientei structura scenariului în care a fost prinsă ca într-o capcană: a fost pregătită pentru rolul de salvator, iar acum, odată cu plecarea copiilor, şi-a pierdut obiectul muncii, anxietatea puternică fiind o reacţie explicabilă în situaţia pierderii identităţii.

În general, clienţii rezistenţi la psihoterapie se conduc la vârsta adultă după norme şi reguli formulate cu mulţi ani în urmă prin intermediul relaţiilor cu persoanele semnificative din copilărie, legătura dintre modelele actuale de comportament şi cele timpurii fiind realizată prin intermediul unor procese de preluare, după modelul „fii ca el", „comportă-te ca şi cum ar fi încă prezent şi ar controla situaţia", „tratează-te pe tine însuţi aşa cum te-ar trata el". Aceste procese de *coping* sunt strâns legate de persoana semnificativă interiorizată de subiect la nivel de reprezentare. Atunci când strategiile terapeutice aplicate nu abordează regulile şi valorile care stau la baza organizării comportamentului patologic, terapia nu progresează, clientul fiind considerat rezistent.

Psihoterapia interpersonală reconstructivă postulează faptul că atunci când aceste dorinţe, tendinţe şi stări afective care stau la baza structurării modelelor dezadaptative de comportament sunt abordate direct, clienţii încep să răspundă la tratament.

Strategia prin intermediul căreia sunt abordate aceste cazuri poartă numele de Analiză Structurală a Comportamentului Social (Benjamin, 1996).

Conform acestei strategii, fiecare relaţie psihosocială este descrisă în termenii următoarelor dimensiuni:

1. Focalizare („Tu te focalizezi asupra mea"; „Eu reacţionez la faptul că tu te focalizezi asupra mea"; „Eu mă focalizez asupra mea");

2. Afiliere (iubire – ură);

3. Interdependenţă (fuziune care presupune supunere şi control şi diferenţiere care presupune emancipare – separare).

Obiectivul psihoterapiei interpersonale de reconstrucţie constă în a-l ajuta pe terapeut să aleagă acele intervenţii terapeutice care se pot adresa direct acelor structuri de dorinţe şi tendinţe formate în urma interacţiunilor timpurii şi care au legătură cu comportamentele dezadaptative actuale.

Mai precis, demersul terapeutic îl ajută pe client să-și identifice modelele interpersonale patologice de comportament, originea acestora și scopul pentru care au fost create. Odată clarificate aceste aspecte, clientul poate decide să se modifice, învățând noi modele de comportament, cu caracter mai adaptativ.

Procesul de învățare terapeutică este compus din mai multe etape:

- Colaborarea. Astfel, de pildă, terapeutul va lucra împreună cu Domnica pentru a o determina să se angajeze în activități de autoîngrijire sau să se simtă bine în compania altor persoane chiar dacă nu le oferă niciun ajutor.
- Clientul conștientizează conținutul acestor structuri, proveniența lor și scopul căruia îi servesc. Domnica va trebui să realizeze că sentimentul ei de autocontrol, precum și sensul existenței sale s-au format atunci când ea a devenit capabilă să facă față unor situații terifiante încercând să-i ajute pe ceilalți. Acum când familia ei nu mai are nevoie de ea în calitate de mediator sau salvator, ea se simte la fel de singură și speriată ca atunci când și-a asumat pentru prima dată în copilărie acest rol. Rolul de salvator i-a creat un sentiment al identității personale, dar în situația actuală acest rol nu mai este nici posibil și nici necesar.
- Blocarea modelelor dezadaptative de comportament. Domnica va trebui să învețe să reziste apelurilor de a-i ajuta pe ceilalți, exceptând situațiile când acest lucru este chiar necesar. În loc să se arunce în vâltoarea problemelor celorlalți, ea ar trebui să proceseze terapeutic anxietatea sa actuală, realizând faptul că aceasta reprezintă un efect rezidual al relației patologice cu tatăl său.
- Construirea motivației pentru schimbare. Domnica trebuie să decidă singură faptul că tatăl său nu mai trebuie să reprezinte în continuare figura centrală care să-i domine viața reală și pe cea psihică. Clienta va trebui să înceteze să-i mai confere tatălui său controlul asupra existenței ei, atunci când acest lucru nu mai este necesar, pentru că nici ea și nimeni altcineva nu mai este amenințat.
- Învățarea unor noi modele de comportament. Domnica va trebui să învețe să se ocupe de activități plăcute atunci când se simte deprimată sau anxioasă și să găsească noi modalități de a relaționa cu membrii familiei sale sau cu alte persoane. Într-o etapă finală a terapiei, Domnica va fi ajutată de terapeut să se

reconstruiască pe sine. Terapeutul o va încuraja să se angajeze în activități noi și constructive.

Regulile de bază ale terapiei interpersonale de reconstrucție (Lorna Smith Benjamin, pp. 22–25):

1. Terapeutul va trebui să abordeze clientul cu empatie, autoarea afirmând faptul că empatia este ca „aerul pentru o ființă vie". Relația terapeutică trebuie să fie caldă, suportivă și să urmărească bunăstarea și evoluția clientului.
2. Demersul terapeutic va avea drept scop sprijinirea instanței psihice „colaboratorul evoluționist", în detrimentul instanței psihice denumite „loialul regresat". Cele două instanțe psihice se află în conflict, una dintre ele dorind să participe la tratament și să se vindece în timp ce cealaltă dorește să continue manifestarea comportamentului problematic.
3. Fiecare intervenție terapeutică trebuie să fie conectată la formularea cazului. Astfel, de pildă, o clientă cu structură paranoidă de personalitate devine iritată și suspicioasă atunci patronul o întreabă dacă s-a simțit bine în weekend și se întreabă ce anume se ascunde în spatele acestei afirmații. În cazul în care terapeutul o încurajează să-și exprime ostilitatea față de șef, acesta nu numai că nu o va ajuta să renunțe la ideile ei cu conținut interpretativ, ci îi va crea și probleme la locul de muncă.

   Abordarea corectă constă în analizarea reacției agresive a clientei în raport cu abuzurile severe la care ea a fost supusă în copilărie de mama vitregă. Recunoașterea și exprimarea acestei ostilități în cadrul terapiei o vor ajuta pe clientă să se distanțeze de figura interiorizată a mamei sale vitrege și să renunțe la rolul de persoană care blamează.
4. Terapeutul va căuta date concrete care să ilustreze prezența stimulului declanșator, a răspunsului și a impactului asupra personalității clientului. Astfel, fiecare poveste care are legătură cu problema-simptom prezentă va fi analizată în termenii: input (stimul), reacție și impactul asupra persoanei în cauză.

   Episoadele importante vor fi analizate împreună cu clientul până când cei doi cad de acord în legătură cu ce anume s-a petrecut, cum a reacționat acesta din urmă și ce impact au avut asupra lui cele petrecute.

5. Datele situației problematice trebuie explorate în termenii ABC (a nu se confunda cu modelul ABC propus de Elis) în care A reprezintă starea afectivă, B — comportamentul și C— cogniţiile. Simpla înțelegere la nivel rațional a celor petrecute nu este suficientă, la aceasta adăugându-se și un insight în plan emoțional, referitor la aspectele interpersonale și intrapsihice.
   Întrebările pe care va trebui să le adreseze terapeutul sunt de tipul următor:
   „Ce simți sau ce ai simțit în legătură cu aceasta?"; „Ce anume ai făcut sau ce intenționezi să faci?"; „Ce crezi despre asta acum?"
   Terapeutul specializat în terapie interpersonală de reconstrucție va acorda o atenție egală trăirilor afective, înțelegerii de natură intelectuală, precum și manifestărilor în plan comportamental.
6. Strategiile clasice de intervenție terapeutică vor fi aplicate diferențiat în funcție de fiecare etapă a demersului terapeutic.

În practica clinică uzuală pacienții dificili sunt abordați prin intermediul unei varietăți de tehnici cum ar fi încurajarea exprimării stărilor afective, stimularea comunicării, antrenamentul asertiv sau restructurarea atitudinală.

Atunci când o tehnică nu dă rezultatul scontat, se poate aplica o alta mai potrivită. La baza terapiei interpersonale de reconstrucție se află teoria învățării evolutive și afective (DLL — Developmental Learning and Loving, Lorna Smith Benjamin, 2003, p. 32).

Conform acestei teorii, formularea cazului își propune să conecteze simptomele prezente la o serie de factori de natură psihosocială, ceea ce le conferă o anumită semnificație.

Așa cum am mai subliniat, este vorba de o relație care se stabilește între anumite figuri semnificative din copilăria subiectului și aspectele psihopatologice actuale prin intermediul celor trei procese de a face față problemelor existenței: (1) Fii la fel ca ea/el; (2) Comportă-te ca și cum el/ea ar fi prezent și ar exercita încă un anumit control asupra ta și (3) Tratează-te pe tine însuți așa cum te-ar fi tratat el/ea. Dacă o persoană din istoria vieții clientului poate fi asociată cu problema curentă prin intermediul unuia sau mai multor astfel de procese, atunci acea persoană poate fi denumită o persoană-„cheie" care a fost interiorizată.

Declanşând comportamente, stări afective sau cogniţii legate de normele şi valorile promovate de persoana interiorizată, clientul speră să obţină o mai mare dragoste şi apropiere faţă de respectiva persoană, refăcând în plan imaginativ istoria vieţii sale cu un final aşa cum şi l-ar fi dorit.

Modelele dezadaptative de comportament aparţin instanţei psihice numită „loialul regresat" care are rolul de a-l reconcilia în mod virtual pe subiect cu persoana iubită (Lorna Smith Benjamin, 1993, spune că „orice simptom psihopatologic este produsul iubirii").

În acord cu această metaforă, „darul iubirii" este reprezentat de nevoia de proximitate psihică cu persoana semnificativă din copilărie, acesta nefiind altceva decât factorul cauzal în menţinerea simptomului la clienţii dificili. Implicaţia terapeutică a acestei supoziţii este că dorinţele şi fanteziile legate de menţinerea vechilor reguli, norme şi valori trebuie eliminate şi schimbate. Instanţa psihică numită „colaboratorul evoluţionist" va duce la bun sfârşit acest proces.

Intervenţiile terapeutice selectate vor avea ca obiectiv să minimalizeze influenţa instanţei psihice denumite „loialul regresat" şi să o amplifice pe cea a „colaboratorului evoluţionist". Astfel, clientul va deveni liber să înveţe lucruri noi, să se adapteze mai eficient la persoanele şi situaţiile curente. Odată ce instanţa conservatoare nu mai domină psihicul clientului, acesta va deveni mai receptiv la psihoterapie şi chiar la tratamentul medicamentos.

Această abordare teoretică se adresează mai ales clienţilor care sunt consideraţi cazuri dificile, deoarece nu reacţionează la tratament, răspunzând la întrebarea de ce i se întâmplă aceste lucruri acum clientului X (în cazul nostru, Domnica)?

Aceasta va fi abordată ca o persoană complexă care reacţionează la stres în acord cu datele ei ereditare şi condiţiile de mediu în care s-a format. Instanţa ei psihică de tip conservator o face să-şi manifeste loialitatea faţă de familia de origine, faţă de normele şi valorile pe care le-a încorporat şi care o împing să continue să-i protejeze pe membrii familiei şi atunci când acest lucru nu mai este necesar.

Lorna Smith Benjamin (2003, p. 35) utilizează o fişă de evaluare clinică pentru a realiza formularea cazului, fişă ce ţine seama de criteriile manualului DSM IV-R (Manualul Diagnostic şi Statistic al Asociaţiei Psihiatrilor Americani, APA, 1994).

Informațiile necesare sunt următoarele:

- Nume, prenume, vârstă, sex, statut marital, ocupație, loc de muncă, statut financiar;
- Motivele internării sau prezentării la psihoterapie (problemele sau simptomele dominante);
- Cine a adus/îndrumat persoana la psihoterapie;
- Debutul bolii și evoluția acesteia;
- Factori stresanți actuali; elemente suportive;
- Diagnostice psihiatrice anterioare; istoria psihiatrică a familiei;
- Tratamente urmate: spitalizări, medicație, psihoterapie;
- Alte afecțiuni medicale diagnosticate;
- Simptome psihopatologice actuale: tendințe suicidare, homicidare, depresie, manie, anxietate, panică, tulburări în sfera gândirii, automutilări, tendințe disociative, abuz/dependență de alcool sau droguri, probleme legale;
- Lista tulburărilor specifice sindroamelor axei I a DSM IV; diagnosticul clinic;
- Lista tulburărilor de personalitate specifice axei II a manualului DSM IV; diagnostic;
- Lista tulburărilor specifice axelor III, IV și V ale DSM IV (simptome fiziologice, factori stresanți de dată recentă, nivel recent de funcționare);
- Relații interpersonale importante:
  – În prezent: soț/partener, mamă, tată (sau echivalent), frați, copii, colegi, terapeut, medic, persoane din instituții religioase, alte persoane, atitudinea față de boală.
  – În trecut: soț/partener, mamă, tată, frați, alți copii, colegi, prieteni, terapeut, persoane din cadrul sistemului medical, din instituțiile religioase, cu sine însuși, față de boală, cu alte persoane.

Terapeutul va stabili legăturile dintre simptomele prezente și persoana semnificativă interiorizată care a acționat în copilăria clientului, simptomele primind semnificație psihologică.

- Depresie
  – Individul este depășit, prins în capcană, blocat, neajutorat, lipsit de resurse;
  – Subiectul a suferit o pierdere severă;
  – Subiectul a interiorizat o relație bazată pe autocritică permanentă, de regulă însoțită de tendința spre perfecționism.
- Anxietate

– Individul se simte depășit, dar în același timp responsabil pentru maniera în care va acționa.

- Depresie însoțită de anxietate
  – Individul se simte depășit. Atunci când predomină depresia, acesta este incapabil să acționeze, iar când predomină anxietatea, va încerca totuși să o facă.
- Confuzie în plan conceptual
  – Subiectul a primit informații contradictorii în legătură cu o problemă foarte importantă de la o sursă credibilă și puternică. De regulă confuzia se referă la aspecte legate de propria persoană sau de dragoste.
- Manie
  – Subiectul nutrește convingerea delirantă că este sau trebuie să devină o persoană foarte importantă.

Aceste simptome apar atunci când se activează anumite aspecte care reamintesc subiectului de un sistem de norme și valori promovate de persoana-„cheie" din copilărie. Conceptualizarea cazului va îmbrăca forma unui raport clar, sintetic, fără a se abuza de termeni de specialitate și din care să rezulte clar legătura dintre aspectele psihopatologice prezente și normele interiorizate, promovate de persoana semnificativă din copilărie.

Prezentare de caz

Marina, pictoriță, în vârstă de 42 de ani, este internată la clinica de psihiatrie pentru depresie majoră, cu tentative repetate de suicid, pe fondul unei personalități de tip borderline.

Clienta a avut o mamă hipercritică care îi spunea mereu că nu are nicio valoare și că nimeni nu va dori să stea împreună cu ea. În copilărie mama o pedepsea și o lovea frecvent, ori de câte ori nu făcea ceea ce i se cerea. Clienta a învățat repede că a se conforma reprezenta strategia cea mai eficientă pentru a evita loviturile și pedepsele. Ajunsă la vârsta adultă, Marina s-a căsătorit cu un bărbat care funcționa după același model cu mama ei, fiind critic și punitiv. În momentul în care acesta avea crize de furie, clienta considera că nu a făcut bine ceva, că nu a răspuns așteptărilor lui și se autoblama. Tentativele sale de automutilare (se tăia cu lama) sau de suicid reprezentau reacția ei la convingerea că nu este bună de nimic și că nimeni nu dorește să fie împreună cu ea.

În timpul interviului clinic ea a recunoscut faptul că aceste convingeri nu făceau decât să copieze opiniile mamei ei, precum și că se purta cu fiica ei în același mod în care mama s-a purtat cu ea (o lovea, țipa la ea, o încuia în casă).

O psihoterapie de durată mai lungă va trebui să o ajute pe clientă să surprindă conexiunile dintre dificultățile prezente și convingerile sale referitoare la sine și la ceilalți. Aceasta va trebui să-și formeze o perspectivă care să implice mai multă toleranță și înțelegere față de ea însăși. Ea va fi ajutată să realizeze faptul că exercita un control brutal asupra fiicei sale și accepta critica și respingerea din partea soțului fără a protesta, pentru că era convinsă de faptul că mama ei avea dreptate în ceea ce o privește. Declanșarea comportamentelor autodistructive reprezenta maniera în care clienta se conforma normelor și regulilor impuse de mama ei.

Demersul terapeutic suportiv o va determina pe clientă să-și modifice atitudinea față de propria persoană, realizând faptul că dispune de o serie de calități. Renunțând la obediența automată față de opiniile celorlalți și realizând propriile sale judecăți de valoare referitoare la sine însăși, clienta va ajunge să-și aprecieze punctele „forte" devenind o mamă atentă și iubitoare, o pictoriță realizată și o persoană care merită să fie tratată în mod demn.

Lorna Smith Benjamin (2003, p. 63) ne prezintă modul în care problemele psihopatologice actuale sunt conectate cu aspecte referitoare la persoana semnificativă interiorizată:

1. Comportamentul prezent copiază normele și regulile impuse de persoana-„cheie";

2. Reacția clientului are un caracter logic în contextul dat;

3. Clientul se raportează la sine însuși așa cum a făcut-o persoana semnificativă în copilăria sa.

Intervențiile terapeutice specifice terapiei interpersonale de reconstrucție trebuie să țină seama de următoarele reguli: empatie selectivă; susținerea instanței psihice denumite „colaboratorul evoluționist" în detrimentul instanței „loialul regresat"; focalizarea asupra aspectelor-„cheie" ale formulării cazului; conectarea detaliilor astfel încât să se țină seama de situație (stimulul declanșator), răspunsul în sfera comportamentală și impactul asupra persoanei în cauză în orice relație interpersonală; explorarea oricărui episod psihopatologic în termenii A,B,C (afect, comportament și cogniție); parcurgerea etapelor demersului terapeutic de schimbare.

Obiectivul terapiei constă în a-l ajuta pe client să ajungă la un acord cu persoana semnificativă interiorizată la nivel de reprezentare și care determină perpetuarea comportamentului dezadaptativ.

Odată ce clientul a înțeles semnificația și consecințele relației sale cu persoana semnificativă interiorizată la nivel de reprezentare, acesta va deveni capabil să-și însușească noi modele de comportament cu caracter adaptativ. Se poate constata astfel că demersul terapeutic inter-

personal de reconstrucție are un obiectiv pretențios, restructurarea personalității, fiind asemănător sub acest aspect cu cel psihodinamic.

În cele ce urmează prezentăm în detaliu principalele reguli ale psihoterapiei interpersonale de reconstrucție.

1. Relația terapeutică bazată pe empatie

Empatia presupune abordarea clientului cu interes, înțelegere și căldură afectivă. În terapia interpersonală de reconstrucție se pune accent pe caracterul selectiv al relației empatice, în sensul că aceasta trebuie să fie în acord cu datele formulate în urma conceptualizării cazului. Pe măsură ce clientul se autodezvăluie, terapeutul recurge la ascultare empatică, relația terapeutică devenind tot mai puternică.

Empatia selectivă se referă la faptul că pacientul nu este acceptat în totalitate ca în cazul terapiei centrate pe client a lui Rogers. Mai precis nu este vorba de o empatie necondiționată, ci de empatizarea cu instanța psihică deschisă la schimbare, „colaboratorul evoluționist", odată cu minimalizarea a tot ce ține de cealaltă instanță psihică, „loialul regresat".

În timpul demersului terapeutic clientului i se va explica maniera în care acționează cele două instanțe psihice și rolul jucat de acestea. Clientul va fi dirijat să dezvolte instanța psihică favorabilă progresului și să se elibereze treptat de tirania celeilalte instanțe.

2. Întărirea instanței psihice denumite „colaboratorul evoluționist"

Psihoterapia interpersonală de reconstrucție postulează faptul că psihicul pacientului include două instanțe psihice (subpersonalități): „loialul regresat" și „colaboratorul evoluționist". „Loialul regresat" reprezintă instanța responsabilă de comportamentul dezadaptativ prin intermediul supunerii la regulile și normele stabilite de figura paternă (maternă) interiorizată de client. Așa cum am mai subliniat, clientul care manifestă un comportament problematic speră în mod inconștient că va obține dragostea, apropierea și reconcilierea cu personajul interiorizat dacă va adera fără rezerve la normele și regulile impuse de acesta. Atitudinile specifice declanșate de această instanță psihică oscilează în jurul noțiunilor de ostilitate, fuziune sau diferențiere, reacțiile emoționale fiind de ură, dispreț, resentimente, alienare, agitație, teamă, disperare.

Stilurile interacționale referitoare la ceilalți se bazează pe distrugere, condamnare, detașare, în timp ce în raport cu propria persoană vom avea de-a face cu autoneglijare, autoblamare sau autoagresivitate. Această instanță psihică este comparată de Lorna Smith Benjamin (2003) cu id-ul din psihanaliza clasică pentru că acționează la nivel inconștient, urmărește obiective inacceptabile și ignoră principiul realității.

Spre deosebire de id, instanța „loialul regresat" are la bază un sistem de relații interpersonale și nu reprezintă rezultatul direct al reprimării unor impulsuri sexuale sau agresive.

Instanța psihică denumită „colaboratorul evoluționist" reprezintă o subpersonalitate de tip pozitiv, întărirea acesteia fiind în acord cu obiectivele terapiei. Comportamentele puse în acțiune de această instanță psihică au un caracter moderat diferențiat, echilibrat și adaptativ, fiind bazate pe dragoste, protecție, încredere și acceptare. Atunci când sunt direcționate asupra propriei persoane, atitudinile specifice acestei instanțe sunt de autoapărare, autoprotecție și dragoste față de sine.

Instanța psihică denumită „colaboratorul evoluționist" se aseamănă într-o anumită măsură cu ego-ul descris de psihanaliști, dar nu are rolul de a asigura medierea dintre tendințele instinctive ale id-ului și normele sociale, așa cum sunt ele reprezentate de superego. Mai curând această instanță psihică are drept obiectiv implementarea în practică a celor învățate în timpul psihoterapiei. De asemenea, această instanță este aceea care decide faptul că schimbarea este necesară, angajează subiectul în interacțiuni realiste și sănătoase, integrând într-un tot unitar stările afective, cognițiile și comportamentele. Lorna Smith Benjamin (2003) subliniază faptul că această instanță psihică sănătoasă, la fel ca și ego-ul, este un bun părinte și un executant eficient.

Este important să subliniem faptul că ambele instanțe psihice nu sunt neapărat asociate cu un anumit rol sau persoană, acestea putând să se formeze pe baza aceleiași surse.

Studiu de caz

Tatiana, o economistă în vârstă de 38 de ani, suferea de mult timp de dureri în zona cervicală, punând această afecțiune pe seama unui tratament fizioterapeutic greșit aplicat. Clienta a urmat tot felul de tratamente cu analgezice și antiinflamatoare,

fiind trimisă în cele din urmă la psihiatru cu diagnosticul de durere psihogenă. Tatiana se trata singură cu analgezice puternice care sugerau o drogodependență și a avut chiar și câteva tentative de parasuicid.
Înainte de instalarea simptomelor, Tatiana, care lucra la o bancă, a fost promovată într-o funcție de răspundere. Tentativele de suicid au apărut exact la vârsta la care mama ei a decedat. Interviul clinic a evidențiat faptul că pacienta se identifica puternic cu mama sa, nutrind convingerea că invaliditatea ei era datorată acțiunilor tatălui alcoolic și abuziv. Mai mult, clienta credea chiar că suferința ei va afecta situația tatălui său în lumea de dincolo.
Atât Tatiana, cât și mama ei au suferit foarte mult din cauza tatălui și ambele s-au îmbolnăvit imediat ce au fost promovate (mama a fost numită directoare de școală). Aceasta din urmă abuza de alcool, în timp ce clienta consuma benzodiazepine în exces.
Identificarea cu figura maternă a avut la bază în cazul Tatianei ambele instanțe psihice, „colaboratorul evoluționist" și „loialul regresat". Existența anterioară îmbolnăvirii clientei fericite, încununată de succese și alături de mulți prieteni, ține de exprimarea valorilor primei instanțe psihice, în timp ce procesul care a condus la invaliditate ține de cealaltă instanță.

Terapeutul trebuie să conștientizeze faptul că personajul-„cheie" din copilăria clientului poate reprezenta atât sursa comportamentului problematic, cât și o resursă benefică, ceea ce face ca formularea cazului să fie de cele mai multe ori deosebit de complexă, necesară fiind evitarea dihotomizării personajului interiorizat în „bun" sau „rău".

La începutul terapiei, atunci când se consolidează alianța terapeutică, psihoterapeutul va empatiza pe o perioadă scurtă cu instanța psihică dezadaptativă a clientului, trecând însă repede la empatizarea cu instanța psihică orientată spre schimbare, „colaboratorul evoluționist", pentru a nu întări convingerile și comportamentele psihopatologice ale clientului.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic cu un client cu idei de gelozie legate de infidelitatea partenerei.

Terapeutul: Ești supărat și dorești, pe bună dreptate, să le arăți tuturor cât de mizerabil s-a comportat Maria cu tine.
Alexandru: Cu siguranță, ceea ce a făcut ea este îngrozitor.
T: Este evident de ce ești atât de supărat. Cu toate acestea poate ar fi mai bine să acordăm un anumit timp pentru a analiza ce altceva se ascunde în spatele sentimentelor tale negative atât de puternice.

A: Ce vreți să spuneți cu asta? Oare mai este ceva de comentat?
T: Ei bine, ești furios de câteva săptămâni și totuși nimic nu s-a schimbat.
A: Așa este. Ea nici măcar nu vorbește cu mine.
T: Dacă ar fi să analizăm așteptările tale legate de căsătorie, de unde anume provin ele, poate am putea aborda și altfel această problemă. Povestește-mi ceva legat de cele petrecute în familia de origine.
A: De acord, dar nu știu cu ce să încep.

3. Fiecare intervenție terapeutică trebuie pusă în acord cu formularea cazului

În loc să se utilizeze strategii centrate pe simptom, terapia interpersonală de reconstrucție consideră că tehnica aleasă trebuie să aibă legătură cu formularea cazului.

Astfel, să presupunem că un client depresiv este trist și lipsit de speranță. O abordare cognitiv-comportamentală clasică ar trebui să fie centrată pe modificarea gândurilor negative automate și convingerilor disfuncționale de bază. Terapeutul ar trebui să-i demonstreze clientului că viața nu este chiar atât de rea, aducându-i drept argumente fapte culese chiar din existența sa, în ideea de a-i forma o atitudine mai realistă și pozitivă față de lume.

În cazul în care clientul depresiv suferă și de o tulburare de personalitate pasiv-agresivă, o astfel de abordare nu va da rezultatul scontat, pentru că acesta nu va face decât să demoleze argumentele terapeutului, dialogul terapeutic putând genera o dispută. Acest tip de client va avea tendința să saboteze terapia, refugiindu-se tot mai mult în depresie și ostilitate. Considerând că simptomele sale vin în sprijinul faptului că terapeutul este incompetent și lipsit de grijă, clientul depresiv cu tulburare de personalitate pasiv-agresivă va „câștiga" lupta, simțindu-se tot mai rău.

Formularea cazului în acord cu terapia interpersonală de reconstrucție va postula faptul că într-un astfel de caz terapeutul nu va trebui să întreprindă nicio strategie cu caracter coercitiv, ci, dimpotrivă, să procedeze astfel încât orice progres, cât de mic, să fie atribuit clientului și nu terapeutului. Un terapeut aparținând acestei orientări va empatiza la început cu instanța psihică depresivă („loialul regresat"), fiind în același timp foarte atent la manifestările discrete ale instanței psihice sănătoase.

Astfel, să presupunem că pacientul povestește că a avut un weekend groaznic, furnizând o serie de detalii, terapeutul va empa-

tiza cu el în primele momente și va adresa apoi întrebarea: „Tot weekendul a fost așa sau ai avut și unele momente când lucrurile au mers mai bine și ai putut avea un oarecare control asupra ta?" Această întrebare ascunde o aluzie discretă la existența instanței psihice sănătoase a subiectului.

La această întrebare clientul ar putea răspunde: „Ei bine, deși nu am reușit să mă eliberez de depresia mea, am reușit să nu o înrăutățesc atunci când m-am decis să fac curat în casă", terapeutul intervenind, la rândul său, cu afirmația: „Ai fost capabil să sesizezi anumite momente în care ți-ai dat seama de modul în care te simți".

Remarca terapeutului acordă un anumit credit clientului, afirmând în mod experiențial ideea că acesta din urmă deține controlul asupra a ceea ce se petrece.

4. Solicitarea unor detalii referitoare la stimulul activator, reacție și impactul asupra subiectului

Informațiile detaliate pot să direcționeze procesul terapeutic într-o direcție sau alta.

Să presupunem că o clientă (mamă) face următoarea afirmație: „Am fost foarte supărată și am țipat la copiii mei".

Într-o astfel de situație, terapeutul specializat în terapie interpersonală de reconstrucție ar trebui să adreseze următoarea întrebare: „Ce anume s-a întâmplat, ce te-a adus în situația de a proceda astfel?" Clienta ar putea să răspundă că cei doi copii s-au uitat la televizor în loc să se pregătească și din cauza asta au întârziat la școală.

În continuare terapeutul ar putea să o întrebe ce anume a spus atunci când a țipat. Tipul de răspuns ar putea să indice dacă avem de-a face cu iritarea normală a unui părinte sau cu o reacție agresivă de intensitate patologică. O reacție normală ar putea fi: „Copii, o să întârziați la școală, îmbrăcați-vă imediat!", iar una patologică ar fi disproporționată și plină de invective.

Pentru a investiga impactul reacției asupra clientei în cauză, terapeutul va adresa următoarea întrebare:

Terapeutul: „Cum te-ai simțit atunci când ai procedat astfel?"

Clienta: „M-am simțit la fel de cicălitoare cum a fost mama mea".

Clienta i-a relatat în continuare terapeutului că ea nu a întârziat niciodată la școală pentru că orice întârziere era aspru sancționată de mama ei cu bătăi și alte pedepse, precum și faptul că ea și-a propus ca niciodată să nu se poarte așa cu propriii copii.

Terapeutul va analiza diferența dintre comportamentul normal al clientei în calitate de părinte și maniera în care proceda propria ei mamă, contribuind la creșterea stimei de sine a acesteia, care a acționat ca un părinte normal.

Abordarea terapeutică ar fi fost cu totul alta în cazul în care clienta ar fi răspuns astfel: „Am strigat la ei și le-am spus că sunt niște copii mizerabili, care nu vor ajunge nimic în viață și i-am amenințat că îi bat crunt dacă nu sunt gata în zece minute".

Întrebată fiind cum s-a simțit după ce a procedat astfel, clienta va răspunde: „Nu prea bine, dar măcar m-am răcorit!" În acest caz terapeutul o va întreba pe clientă dacă situația respectivă nu îi amintește de ceva din copilărie. Atunci când aceasta va relata anumite episoade din propria copilărie când a fost maltratată de o mamă agresivă, terapeutul o va aborda cu empatie, ajutând-o să conștientizeze cele petrecute și să oprească perpetuarea modelului disfuncțional de comportament.

5. Evidențierea aspectelor care țin de modelul A,B,C (afecte, comportament, cogniții), realizată prin întrebări de tipul următor: „ce anume ai făcut?", „cum te-ai simțit?", „ce ți-a trecut prin minte?"

6. Adecvarea fiecărei intervenții terapeutice
la etapele sau fazele terapiei

a Explicarea modului în care acționează psihoterapia. Instructajul prezentat clientului va fi următorul:
„Terapia urmărește să te ajute să afli câte ceva despre modul în care te comporți, de unde provin modelele tale de comportament și care este rolul acestora. Înțelegând în ce constau aceste modele de comportament poți decide să le modifici și să achiziționezi noi modele de comportament mai eficiente pentru tine".

În continuare, clientului i se vor prezenta pe scurt etapele demersului terapeutic:

b Stabilirea relației terapeutice de tip colaborativ;
c Explicarea modului în care s-au format și funcționează modelele dezadaptative de comportament;
d Blocarea vechilor modele de comportament cu caracter dezadaptativ;
e Însușirea și punerea în acțiune a unor noi modele de comportament.

Lorna Smith Benjamin este de părere că nu se pot produce modificări profunde în sfera personalității subiectului decât atunci când acesta renunță la ambivalență și nu mai oscilează între modelele comportamentale vechi și cele de curând achiziționate.

În schema de la pagina 693 sunt prezentate principalele metode ale terapiei interpersonale de reconstrucție (după Lorna Smith Benjamin, 2003, p. 88). Aceste metode sunt grupate în două categorii: tehnici de autocunoaștere și tehnici de autoreglare (managementul stărilor psihice).

Strategiile din cadrul primei categorii își au originea în orientările psihodinamice care promovează terapiile pe termen lung, în timp ce strategiile specifice celei de-a doua categorii aparțin mai curând școlilor de terapie scurtă.

Esența terapiei interpersonale de reconstrucție este prezentată în schema de la pagina 694 (adaptată după Lorna Smith Benjamin, 2003, p. 90).

Așa cum am mai subliniat, terapia interpersonală de reconstrucție este indicată clienților dificili, care nu au obținut rezultate cu ajutorul altor strategii terapeutice, în special celor cu tulburări de personalitate.

Demersul terapeutic este de termen lung, terapia durând în medie doi ani, deși au fost înregistrate și cazuri în care progresele au fost mult mai rapide (Lorna Smith Benjamin, 2003).

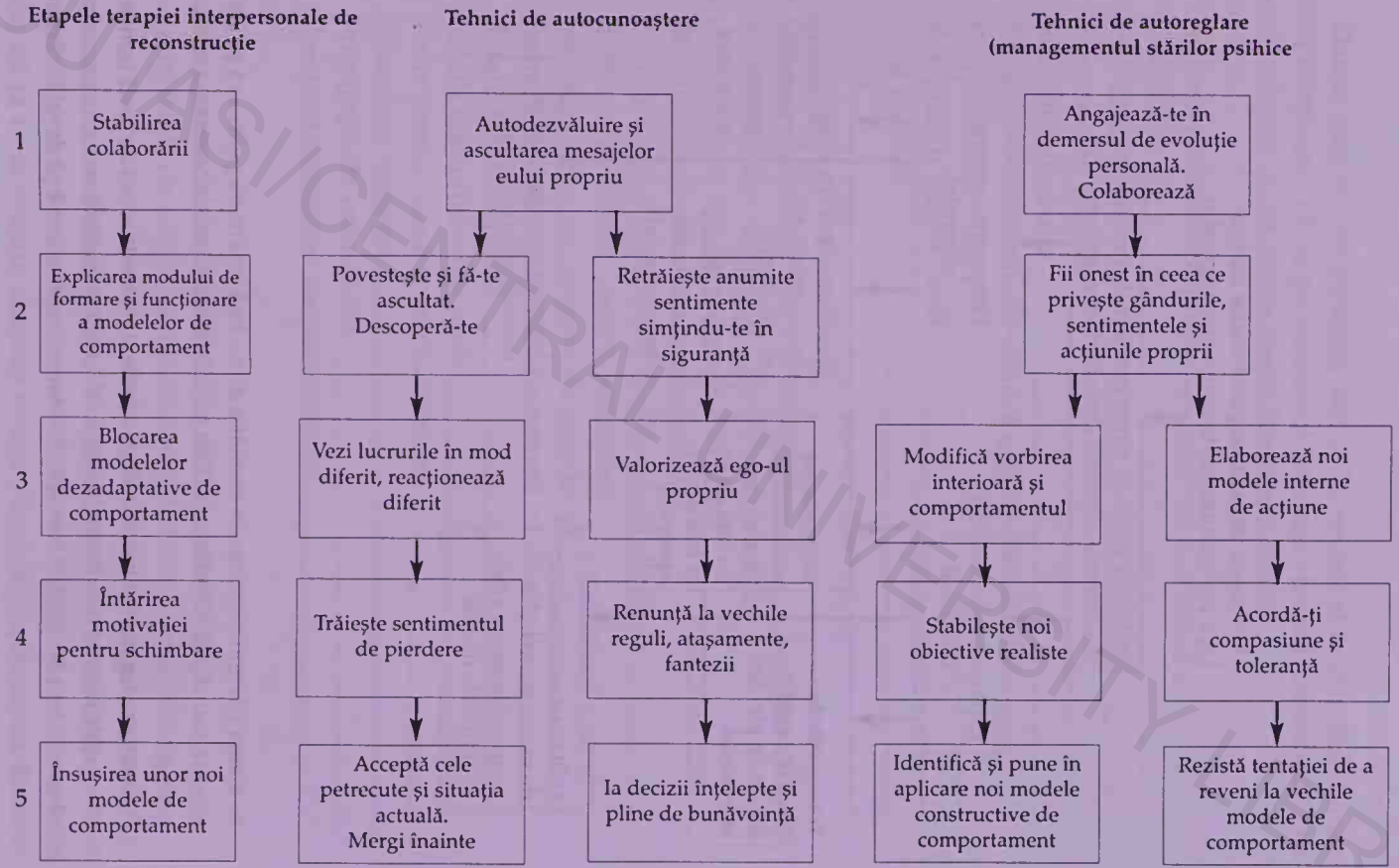
Ședințele de psihoterapie au loc săptămânal, cu excepția clienților care manifestă comportamente auto și heterodistructive, cu care se lucrează de două sau chiar de trei ori pe săptămână. Spre sfârșitul terapiei, frecvența ședințelor se va micșora, întâlnirile realizându-se la trei săptămâni sau la o lună, de comun acord cu clientul.

Evaluarea se realizează conform unui model de fișă SOAP care cuprinde următoarele aspecte: relatările subiective ale clientului (S), datele obiective relevante (O), analiza acestora (A) din perspectiva modelului terapeutic de reconstrucție interpersonală și planul de acțiune (P).

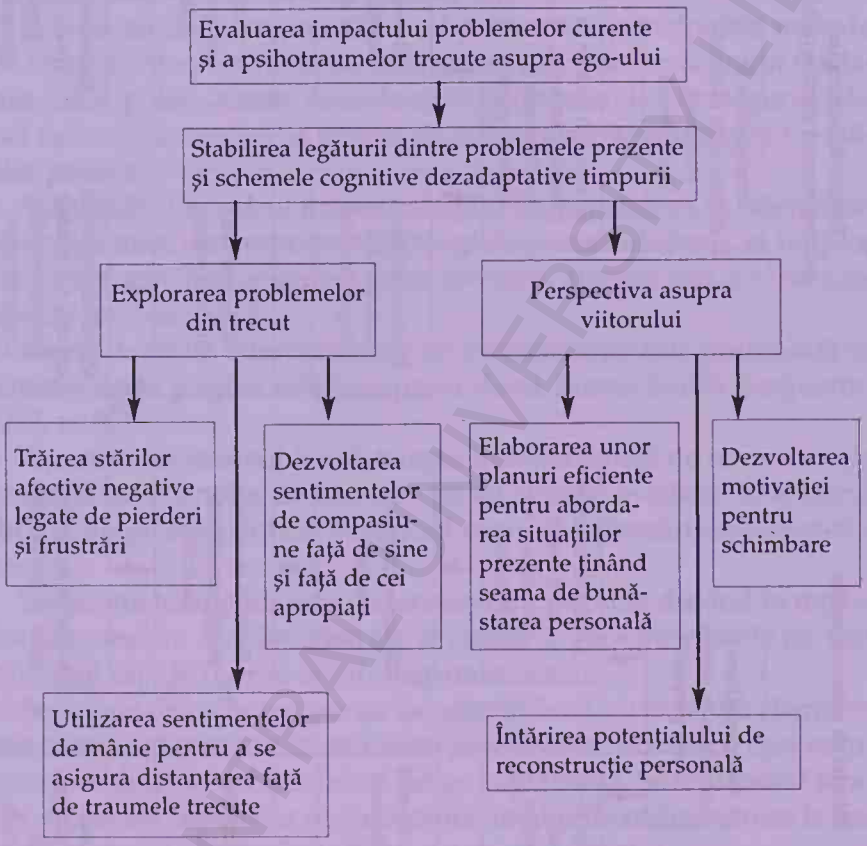
Prezentăm, pentru exemplificare, aplicarea acestui model în cazul unei cliente cu tulburări de personalitate paranoidă:

S: Simt că toată lumea mă urăște.

O: Nimeni din anturajul clientului nu o vorbește de rău. Câțiva prieteni ai acesteia și-au exprimat dorința de a o vedea.



BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY



A: Mama clientei îi spunea în copilărie să nu iasă pe stradă pentru că poate fi atacată sau răpită. Clienta considera că dacă devine independentă își va trăda mama.

P: Stabilirea legăturii dintre convingerea clientei că este urâtă de toată lumea și afirmațiile mamei referitoare la faptul că lumea înconjurătoare este periculoasă sau iritarea acesteia în momentul în care clienta încearcă să devină independentă.

BCU "Lucian Blaga" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Datele care se completează atât la începutul și la sfârșitul demersului terapeutic, cât și pe parcursul acestuia vizează următoarele rubrici (adaptat după Lorna Smith Benjamin, 2003):

Ședința de psihoterapie nr. _____
Simptome _____
Participanți _____
Evenimente curente _____
Reacțiile clientului _____
Impactul evenimentelor asupra ego-ului clientului _____
Partenerul de viață _____
Relațiile cu mama/tatăl _____
Frați (surori) _____
Copii _____
Activitatea profesională _____
Colaborarea dintre client și terapeut _____
Recunoașterea modelelor cognitive cu caracter dezadaptativ (de către terapeut și client) _____
Blocarea modelelor disfuncționale de comportament (terapeutul împreună cu clientul) _____
Întărirea motivației pentru schimbare _____
Însușirea unor noi modele de gândire și comportament (terapeutul împreună cu clientul) _____
Relații transferențiale _____
Relații contratransferențiale _____
Teme pentru acasă (trecute, actuale) _____
Situații de urgență _____
Propuneri de intervenție _____
Rezumatul ședinței de psihoterapie _____

Blocarea modelelor dezadaptative de comportament

Tentativele de suicid, comportamentele heteroagresive sau abuzul realizat asupra copiilor reprezintă unele dintre cele mai dramatice reacții cu caracter dezadaptativ. Blocarea acestora reprezintă una din prioritățile terapiei interpersonale de reconstrucție. Conform teoriei care stă la baza acestui demers terapeutic, comportamentul proble-

matic se manifestă deoarece există raţiuni interioare care conduc la perpetuarea acestuia.

Oricât de iraţionale ar părea în ochii celorlalţi, aceste comportamente dezadaptative servesc unui scop precis şi anume reconcilierea subiectului cu o persoană semnificativă din copilărie, persoană care a fost interiorizată la nivel de reprezentare. Obiectivul terapiei constă în modificarea ce va avea drept rezultat stoparea comportamentelor cu caracter patologic şi înlocuirea lor cu unele adaptative.

Strategiile de autocunoaştere îl vor ajuta pe client să înţeleagă motivaţiile care stau la baza comportamentelor iniţiate de instanţa psihică reprezentată de figura semnificativă din copilărie interiorizată şi să acţioneze în direcţia construirii unor noi motivaţii, specifice instanţei psihice sănătoase. Aceste strategii îl determină pe subiect să vadă situaţia într-o altă lumină şi să acţioneze în mod diferit.

Astfel, Camelia, o clientă depresivă cu tentative repetate de suicid care aveau ca motivaţie ascunsă nevoia ei de a se elibera de controlul exercitat de mama hiperautoritară, a renunţat la acest tip de comportament în momentul în care a realizat un *insight* referitor la beneficiile şi costurile modului său de a reacţiona.

Valorizarea ego-ului contribuie, la rândul său, la blocarea comportamentelor problematice. Mulţi subiecţi rezistenţi la psihoterapie au interiorizat în asemenea măsură sentimentele de ură, încât nu mai realizează ce anume este bine pentru ei. În astfel de situaţii, terapeutul trebuie să-i ajute să dezvolte sentimente de compasiune pentru propria persoană atunci când au fost ignoraţi, agresaţi sau jigniţi. Relaţia psihoterapeutică bazată pe înţelegere şi empatie va facilita dezvoltarea la clienţi a unor atitudini şi comportamente de autoprotecţie care, la rândul lor, vor bloca reacţiile patologice cu caracter autodistructiv. Un efect asemănător îl au şi alte relaţii interpersonale de tip pozitiv.

Simpla conştientizare a cauzelor care au generat comportamentul simptomatic nu va determina de la sine restructurarea motivaţională în absenţa aplicării unor strategii terapeutice complexe. Cu toate acestea, formularea adecvată a cazului, dar şi decizia clientului de a se trata pe sine însuşi cu mai multă blândeţe şi înţelegere poate reprezenta o bună premisă a demersului terapeutic.

Este important ca pacienţii să înveţe încă de la începutul terapiei să realizeze conexiunea dintre comportamentele periculoase şi conceptualizarea cazului.

Una dintre modalitățile eficiente de blocare a comportamentelor problematice o reprezintă modificarea conținutului vorbirii interioare. De exemplu, un client care manifestă crize de furie, încercând să blocheze comportamentul violent al tatălui său, va fi învățat de terapeut să-și spună în gând: „Nu mai vreau să semăn cu el; pot să rezolv această problemă în modul meu personal". Pentru a atinge acest obiectiv este indicat un antrenament asertiv, precum și însușirea unor tehnici de relaxare și de descărcare a agresivității.

În cazul în care psihoterapeutul va constata faptul că pacientul său reprezintă o urgență psihiatrică prezentând un risc suicidar sau homicidar, acesta va întreprinde măsurile necesare pentru spitalizare. Terapeutul nu va întreprinde măsuri coercitive împotriva clientului (spitalizare forțată) decât în situații extreme. Acesta va încerca mai întâi să realizeze o alianță cu instanța psihică sănătoasă, explicând comportamentul instanței responsabile de comportamentele distructive, în lumina conceptualizării cazului.

Astfel, de pildă, un client suicidar va relata faptul că suferința pe care o simte este insuportabilă, moartea reprezentând singura soluție. Terapeutul îi va explica pacientului faptul că suicidul nu este altceva decât o modalitate de a accepta aspectul distructiv produs de cele două instanțe psihice aflate în conflict. În cazul în care clientul va înțelege faptul că tendința de suicid reprezintă o consecință reziduală a relației cu figura semnificativă internalizată, planurile sale îi vor părea mai puțin atractive.

Mai târziu, odată ce pericolul a fost depășit, clientul va fi ajutat să-și însușească anumite mecanisme psihologice de a face față stresului (*coping*).

Studiu de caz

Carmen, o avocată în vârstă de 43 de ani, a fost internată la clinica de psihiatrie pentru un episod depresiv major.

Al treilea copil al familiei, nedorit, Carmen a venit pe lume în timpul regimului comunist, când avorturile erau interzise în România. Clienta a trăit toată viața cu gândul că familia ei ar fi preferat ca ea să nu existe.

La un moment dat, Carmen i-a comunicat medicului psihiatru că se simte mai bine și că dorește să fie externată, deși limbajul nonverbal arăta cu totul altceva.

Acesta a trimis-o la psiholog care, printre altele, a întrebat-o despre posibilele ei tendințe suicidare, răspunsul clientei fiind ambiguu.

Redăm în continuare un fragment din cadrul dialogului terapeutic:
Terapeutul: Ce vrei să spui, atunci când afirmi, că ai obținut tot ce se putea de la această spitalizare?
Carmen: Exact ce am spus.
T: Te-ai gândit cumva să-ți pui capăt zilelor și îți este mai ușor să o faci acasă?
C: Posibil.
T: Nu ai dori să vorbim mai mult despre asta?
C: Nu.
T: Păcat. Dacă nu mergem mai departe, nu pot decât să-i comunic medicului psihiatru că nu ești încă pregătită pentru externare.
C: Ba sunt!
T: Nu, dacă mai nutrești gândul de a sfârși cu viața. Ești sigură că nu dorești să vorbim despre asta?
C: Bine, despre ce să vorbim?
T: Am impresia că nu mai vezi nicio soluție. Îți reamintesc faptul că mă aflu aici pentru a te ajuta să înțelegi cum au apărut gândurile și comportamentele tale și cărui scop servesc ele. Odată ce vei înțelege despre ce este vorba, vei putea decide dacă dorești să te schimbi sau nu. În cazul în care decizi că nu trebuie să lași lucrurile așa, vei putea să-ți însușești noi modele de gândire și acțiune. Impresia mea este că dorința ta de a sfârși cu viața reprezintă o variantă extremă a dorinței tale de a face pe plac surorilor mai mari care nu țin la tine și au impresia că le stai în cale. După ultimul scandal din familie dorești să dispari pentru totdeauna pentru a le împlini dorința.
C: Da, posibil.
T: Și nu ar fi păcat? Toată viața ai trăit cu mesajul interiorizat că stai în calea surorilor tale. Mă întristează gândul că atunci când erai mică luai asupra ta faptele surorilor tale astfel încât să nu fie pedepsite și să fie lăsate afară. Ți-ai irosit mult timp din viață căutând să le faci pe plac și considerând că tu reprezinți problema familiei.
C: (tace).
T: Este corect ceea ce spun?
C: Da (plânge).
T: Chiar mergând atât de departe, nu m-aș mira ca surorile tale să te bârfească și după moarte.
C: (plânge în continuare).
T: Ce ar fi dacă am găsi împreună un alt mod de a face față suferinței tale acumulate în copilărie în urma încercărilor eșuate de a le face pe plac surorilor tale?
C: Am putea încerca.
Terapeutul discută în continuare cu clienta obiectivele pe termen lung ale terapiei.
Ședința se încheie astfel:
T: Cum te simți acum?
C: Obosită, tristă.
T: Te-ai gândit să ai mai multă grijă de Carmen care a îndurat atâtea în viață?

C: Cred că da.
T: Bine. Să continuăm mâine ceea ce am început azi. În momentul în care vei decide să te porți mai bine cu propria persoană pentru a repara suferințele din trecut, vom discuta și despre externare și ne vom vedea în continuare la cabinetul din policlinică.
După ședința de psihoterapie rezultatele obținute au fost comunicate medicului psihiatru care a modificat schema de tratament.
În unele situații, terapeutul poate recurge și la strategia analizării beneficiilor percepute ale comportamentului distructiv. Adesea acestea se exprimă sub forma unor fantezii legate de ceea ce se va întâmpla dacă tentativa de suicid reușește.
Terapeutul i-ar putea sugera lui Carmen să-și imagineze care ar fi reacția surorilor față de moartea ei.
Terapeutul: Cum ar schimba dispariția ta viața surorilor?
Carmen: Nu cred că o va schimba prea mult, doar că nu voi mai fi aici să le dau bani și să le rezolv problemele.
T: Ce simți în legătură cu asta?
C: Pot spune chiar că îmi pare rău de ele.
T: Dar de tine?
C: Nu contează atâta timp cât ele sunt fericite.
T: Dar dacă ele au nevoie de tine să te critice, să te bârfească, să le dai bani și să le rezolvi problemele, cum pot fi fericite dacă dispari? Nu ar fi mai bine să rămâi în viață și să suferi?

O astfel de abordare paradoxală ar putea servi deblocării ostilității reprimate a clientei, stare afectivă care va fi procesată terapeutic ulterior. Blocarea comportamentelor distructive va fi facilitată dacă se explică pacientului în termeni concreți în ce fel terapia îl va ajuta să găsească modalitățile mai adecvate de a se raporta la propria persoană și la cei din jur.

În cazul clienților dificili, afirmațiile vagi de tipul „vei învăța să gândești pozitiv" sau „vei învăța cum să procedezi pentru a nu-i lăsa pe ceilalți să te perturbe" nu ajută prea mult. Pentru acești clienți motivația schimbării trebuie structurată în funcție de conceptualizarea cazului.

Iată ce îi spune terapeutul clientei Carmen:
„Știu că te-a cuprins disperarea după reuniunea de familie când ai simțit că nu mai poți suporta atmosfera de acasă. Va trebui să înțelegi cum suferința ta actuală reflectă ani mulți încărcați de durere și frustrări rezultate din încercările tale de a face pe plac surorilor mai mari, suferința care culminează cu dorința ta de a încheia socotelile cu viața. Autocondamnarea ta ar putea avea sens doar dacă ai avea acces la

B.C.U. "M. EMINESCU" IAȘI

adevărurile absolute, la planurile divine. Ar trebui să-ți dai seama că le-ai lăsat pe surorile tale să-ți domine modul în care te-ai perceput ani de-a rândul. Oare toți anii aceștia când te-ai străduit să fie bine, când ai învățat pentru a deveni avocat nu contează chiar deloc? Chiar dacă ne va lua ceva timp pentru ca tu să înțelegi în profunzime aceste lucruri, în cele din urmă vom reuși împreună. Surorile tale nu dețin certificatul tău de acces în viață! Ar trebui să-l iei înapoi și să-ți afirmi dreptul de a trăi, focalizându-ți toată energia pentru a-ți urmări propriile interese".

O astfel de abordare are un caracter concret, specific, luând în considerare atât stresori de natură exterioară, cât și responsabilitatea personală și posibilitățile de alegere ale clientei. În același timp, abordarea este empatică și provocatoare în raport cu convingerea disfuncțională a clientei referitoare la propria persoană și la relațiile cu cei apropiați. De asemenea, aceasta are rolul de a motiva clienta să-și canalizeze energiile într-o direcție constructivă, apărându-și dreptul la existență și propriile interese.

O strategie utilă pentru a bloca unele comportamente auto sau heteroagresive constă în a-i prezenta clientului consecințele negative ale acțiunilor sale: nu-și va mai putea ajuta copiii, va avea de suferit în lumea de dincolo (în cazul în care nutrește convingeri religioase), va sta la închisoare etc.

Restructurarea cognitivă poate contribui, la rândul ei, la reducerea tendințelor și comportamentelor distructive. Această strategie se potrivește mai ales persoanelor care au dezvoltat o gândire dihotomică („totul sau nimic") și care nutresc convingeri de tipul: „viața este o junglă", „lucrurile nu pot fi decât adevărate sau greșite" etc. În astfel de situații, terapeutul îl va ajuta pe client să-și formeze un stil de gândire mai nuanțat (în loc de aprecierile „alb-negru", acesta va învăța să vadă lucrurile în nuanțe de cenușiu).

Odată ce criza a fost depășită, demersul terapeutic va progresa în direcția formării și antrenării unor noi modele de comportament sănătoase, terapeutul având grijă ca pacientul să nu regreseze la vechile structuri dezadaptative.

La încheierea terapiei, clientul trebuie să dezvolte relații calde și apropiate față de ceilalți și față de propria persoană, caracterizate printr-un nivel moderat de fuziune și de independență. Se urmărește, de asemenea, realizarea unui echilibru între focalizarea asupra propriei persoane și asupra celorlalți. Subiectul va avea o structură de personalitate clar definită, rămânând în același timp în contact cu cei din jur.

În anumite situații specifice, subiectul va putea trăi momente scurte de fuziune sau separare și chiar atitudini ostile, atunci când este cazul. Ostilitatea va servi scopului de câștigare a autocontrolului și distanței față de anumite persoane, în timp ce relațiile sexuale vor fi bazate pe afecțiune și atașament.

Stările afective ale clientului vor fi predominant pozitive, implicând dragoste, acceptare și grijă față de sine și față de ceilalți. Acesta va fi bine dispus, centrat asupra sa și plin de speranță, stările afective negative extreme fiind de scurtă durată și modulate situațional. Cu alte cuvinte, persoana normală va trăi stări afective agreabile și bine modulate.

Stilul cognitiv va presupune înțelegere, dezvoltare și concentrare, subiectul fiind expresiv, optimist și corect direcționat. Tipul de gândire este pozitiv, echilibrat și eficient, stilul „totul sau nimic" pierzând tot mai mult teren.

Clientul care a atins obiectivele ideale ale terapiei va fi pe deplin conștient de motivațiile sale interpersonale și intrapsihice, de stările afective care stau la baza acestora, precum și de stilul său cognitiv. Acesta va avea un comportament binevoitor și va face alegeri libere, potrivite contextului. Comportamentul, afectele și cogniția vor funcționa armonios și în acord cu situația de viață.

Prezentăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic cu o clientă aflată într-o etapă avansată a terapiei, aproape de încheierea acesteia.

Alexandra, o profesoară de pian în vârstă de 44 de ani, diagnosticată cu tulburare de personalitate dependentă, a funcționat mulți ani după un model în care partenerii de viață trebuiau să fie centrați total asupra ei, pentru că altfel intra în panică. Clienta reacționa la separare prin reproșuri, plânsete și amenințări. Aceasta și-a ales parteneri care tolerau crizele ei de mânie și amenințările legate de faptul că nu îi va mai iubi.

Alexandra: Aș dori să mă eliberez de sindromul „cuibului distrus", dar mi-e greu să mă opresc atunci când se întâmplă asta.

Terapeutul: Ai învățat multe despre modelele tale de comportament și de gândire și ai devenit conștientă de faptul că dorești să te debarasezi de ele.

A: Acum trec prin crize mult mai repede decât o făceam înainte. Plâng în hohote, dar pentru scurt timp. Chiar și atunci când mi se întâmplă asta îmi spun că ar trebui să aștept puțin. Încerc să analizez ce se întâmplă și ce doresc de fapt. Seara trecută prietenul meu a întârziat foarte mult la firmă, așa că am anulat planurile de a cina împreună în oraș. În loc să mă las cuprinsă de disperare și mânie, am sunat-o pe prietena mea Manuela și am plecat la cumpărături.

Iată cum se prezintă clienta din punctul de vedere al terapiei centrate pe reconstrucție interpersonală:

Stare subiectivă: Este mai rațională. Realizează conexiuni și luptă în mod activ împotriva instalării vechilor modele de comportament, gândire și trăire afectivă (disperare și mânie la gândul că a fost abandonată).

Situație obiectivă: Clienta se află într-o etapă de tranziție. Nu mai reacționează automat prin intermediul vechilor modele (panică, plâns, amenințări). Înlocuiește comportamentul haotic cu unul constructiv (iese în oraș cu o prietenă).

Analiza situației: Clienta realizează faptul că își tratează partenerii așa cum îl trata pe tatăl ei. Conștientizează faptul că a obosit de neajunsurile pe care i le aduce acest tip de comportament și caută noi modalități de a reacționa.

Planuri pentru viitor: Terapeutul va continua să o sprijine în demersul de blocare a vechilor modele dezadaptative de comportament, precum și în ceea ce privește dezvoltarea abilității de a întreține relații interpersonale adecvate.

Prezentăm în cele ce urmează principalele strategii de învățare a noilor modele adaptative de comportament.

Învățarea noilor modele de comportament prin intermediul strategiilor de autocunoaștere (autodescoperire):

Procesul de autocunoaștere (autodescoperire) implică următoarele aspecte:

- acceptarea a ceea ce a fost și a realității actuale, și realizarea pe baza acestora a evoluției personale;
- luarea unor decizii raționale și bazate pe bunăvoință.

Deși demersul terapeutic a progresat, instanța psihică responsabilă de comportamentul dezadaptativ nu a dispărut complet, clientul continuând să manifeste tendința de a rămâne fidel vechilor reguli și valori personale.

Prin intermediul autodescoperirii, clientul își va dezvolta motivația de a merge înainte, depășind vechile reguli și valori de care fusese blocat.

Pe măsură ce se achiziționează noi modele de comportament, gândire și simțire, unii clienți simt un anumit disconfort legat de faptul că trebuie să renunțe la maniera în care au reacționat mulți ani.

Iată cum descrie Despina, o studentă în vârstă de 24 de ani, starea respectivă:

Despina: Mă simt cumva jenată să fac anumite lucruri în folosul meu în loc să-mi fac rău. Este vorba de un conflict vechi, care va exploda până la urmă. Nu prea îmi vine să cred că lucrurile bune învățate chiar vor funcționa.

Terapeutul: Ce ai învățat în timpul ședințelor de terapie despre asta?
D: Că dacă lucrurile merg bine, eu am tendința de a le sabota. Sunt obișnuită cu crizele și nu cred în destin. Mă simt vinovată că lucrurile merg bine și eu nu merit asta.
T: Cine îți spune asta?
D: Mama, bineînțeles.
După ce formularea cazului a fost înțeleasă și acceptată de client, acesta luând decizia să renunțe la vechile modele de gândire, afect și comportament, el va putea reacționa la diverse situații punând în acțiune fie vechile, fie noile modele recent achiziționate.
Terapeutul îl va ajuta să opteze din ce în ce mai frecvent pentru modelele adaptative de gestionare a situației.
Radu, un inginer în vârstă de 33 de ani, se simțea cuprins de panică ori de câte ori era pus în situația de a se angaja în mod serios într-o relație cu o femeie. Deși clientul dorea din tot sufletul să se căsătorească, ori de câte ori o relație ajungea într-o etapă care ar fi putut conduce la căsătorie, acesta îi punea capăt.
Radu nu putea anticipa modul său de a reacționa, deși situația se repeta mereu.
Terapeutul: Au reprezentat părinții tăi un model de constanță în relația de cuplu?
Radu: Da. Ei au fost împreună de când îi știu și s-au simțit mizerabil unul cu celălalt. Tot ce pot să-mi amintesc de-a lungul anilor este o tensiune permanentă în casă, mama simțindu-se rănită, iar tata devenind tot mai rece și mai distant. Acest gen de relație nu a reprezentat un model pozitiv pentru mine și probabil am tras concluzia că nu aș dori să trăiesc o astfel de relație de cuplu tensionată și goală de conținut.
T: Să înțeleg că o relație oficializată nu îți pare prea atrăgătoare.
R: Bineînțeles. Ce să aștept de la ea? Mama se lamenta continuu de cât de nefericită se simțea pe toate planurile. De ce mi-aș dori așa ceva? Dacă mă voi lega de cineva, voi deveni la fel de nefericit ca ea (pauză). Îmi place ideea de conștientizare și alegere liberă. Conștientizarea este cea care te face liber. Faptul că am o anumită inabilitate de a avea relații stabile nu mă face să fiu lipsit de valoare. Reacțiile mele pot fi înțelese ca răspunsuri logice la niște condiții nefavorabile.

Terapeutul poate planifica împreună cu clientul o reuniune de familie pentru ca pacientul să conștientizeze modelele sale de interacțiune în cadrul acesteia și să exerseze noile modele de comportament achiziționate. Ședința va fi înregistrată, cu acordul participanților, și va fi ulterior analizată în cadrul unei ședințe individuale de terapie cu clientul.

George, un economist în vârstă de 35 de ani, diagnosticat cu tulburare de personalitate de tip borderline cu manifestări autoagresive de amploare. Clientul a afirmat că își iubea părinții foarte mult. Mama sa era hiperprotectoare și îi planifica pas cu pas toate acțiunile.

George a conștientizat faptul că mama sa îi repeta la nesfârșit ce anume trebuie să facă, fără a lua în considerare reacțiile sale de protest. Comenzile acesteia aveau un caracter repetitiv și aproape hipnotic.
Clientul s-a decis să-și impună punctul de vedere și să se facă ascultat.
La următoarea ședință de psihoterapie el a relatat:
„Am fost grosolan cu mama mea. Poate terapia este responsabilă de asta pentru că s-a întâmplat imediat după ultima noastră întâlnire. Mama mi-a spus că trebuie să mă angajez la firma unchiului meu, iar eu i-am spus că acest lucru este imposibil. Ea nu m-a auzit și mi-a repetat din nou cum trebuie să procedez. Atunci am strigat la ea: acest lucru nu se va întâmpla niciodată și m-am săturat să aud mereu aceleași lucruri, fără ca părerile mele să fie luate în seamă!"

Noile modele de comportament se formează în urma aplicării strategiilor de autoreglare psihică.

Violeta, specialistă în marketing în vârstă de 36 de ani, se afla în tratament psihiatric cu antidepresive de aproape 10 ani. Clienta era foarte eficientă în relațiile cu clienții, dar avea probleme de comunicare cu șefii. Perfecționistă, Violeta se refugia în hiperactivitate, în restul timpului fiind depresivă. Tendința ei de a se lăsa exploatată deriva din convingerea eronată că este responsabilă pentru tot ce merge prost. După aproape un an de terapie, clienta a început să se afirme, să-și ceară drepturile și să reziste solicitărilor profesionale exagerate.
Clienta a înțeles conceptualizarea cazului, a urmat antrenament asertiv și antrenament mental cu concentrare asupra unor situații psihosociale și cu sugestii de întărire a eului.

Redăm mai jos un fragment din cadrul dialogului terapeutic.

Terapeutul: Înseamnă că ai înțeles situația și nu-ți mai asumi în mod automat responsabilitatea pentru tot ceea ce se petrece la firmă.
Violeta: Da, dar trebuie să fiu atentă să evaluez corect responsabilitățile mele astfel încât să scap de gândurile obsesive care mă fac să mă simt atât de vinovată. Nu reușesc însă asta totdeauna.
T: Cine este responsabil cu vânzările?
V: Victor, șeful de raion.
T: Nu ar fi mai bine să-i comunici lui ce anume s-a întâmplat cu cele două vânzătoare? El ar putea rezolva problema. Dacă te încăpățânezi să rezolvi totul singură, el nici nu va ști despre ce este vorba și nu va putea lua nicio măsură pentru a înlătura cauza acestei situații.
V: Aveți dreptate, dar nu-mi dă pace gândul că trebuie să fac și eu ceva singură.
T: Poți stabili legătura dintre aceste gânduri și stări sufletești și cele discutate împreună înainte?

V: Da, toată viața m-am străduit să repar un sistem familiar distrus, care nu funcționa în niciun fel. Este important să învăț să nu mai procedez așa, să fac lucrurile altfel.

Se constată faptul că Violeta a înțeles și este de acord cu conceptualizarea cazului, dar luptă încă să depășească vechile modele de comportament. În finalul terapiei, clienta a depășit episodul depresiv și a renunțat aproape total la medicația psihiatrică.

Strategiile de autoreglare psihică își au originea în terapia comportamentală și includ diverse tehnici cum ar fi: ascultare empatică, antrenament asertiv, modificarea vorbirii interioare, dezvoltarea stimei de sine (întărirea ego-ului), managementul conflictelor, controlul agresivității, managementul anxietății, relaxare, autosugestie, imaginație dirijată și jocuri de rol.

În cadrul psihoterapiei interpersonale de reconstrucție, aplicarea acestor tehnici se realizează în funcție de conceptualizarea cazului.

Astfel, de pildă, afirmația specifică vorbirii interioare cu conținut pozitiv „nu sunt o persoană egoistă, meschină și rea" va îmbrăca forma următoare: „Este o parte din mine care îmi vorbește așa cum o făcea tatăl meu".

Relația dintre client și terapeut va avea rolul de a servi drept model pentru interacțiuni sociale cu caracter adaptativ. Clientul va învăța de la terapeut comportamentul bazat pe empatie, respect, grijă față de celălalt, posibilitatea de a experimenta noi comportamente și trăiri, ajutându-l să abordeze interacțiunile sociale într-un mod constructiv și matur. Clientul va fi astfel ghidat să internalizeze modul de comportament al terapeutului.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Bibliografie

Alford, B.A., Beck, A.T., *The Integrative Power of Cognitive Therapy*, The Guilford Press, New York, 1997.

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-R), Washington D.C., 1994

Bancroft, J.; Graham, C., *Crisis intervention*, in Bloch, S., An introduction to the Psychotherapies; Ed. Oxford University Press, third edition, 1998.

Bandura, A., *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change*, Psychological Review, 84, pp. 191–215, 1977.

Barlow, D., *Anxiety and its Disorder. The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*, Guilford Press; New York, 1988.

Barlow, D.H., *Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: current status*, Journal of Clinical Psychiatry, 58, pp. 32–37, 1997.

Barlow, D.H., Esler, J.L., Vitali, A. E., *Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder*, in Nathan, P.E., Gorman, J.M. (ed), A Guide to Treatments that Work, Oxford University Press, New York, 1998.

Bateman, A; Fonagy, P., *Psychotherapy for Borderline Disorder*, Oxford University Press, 2004.

Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, R.L., *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*, Basic Book, New York, 1985

Beck, A.T., Freeman, A. and associates, *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, Guilford Press, New York, 1990.

Beck, A.T., Rush, A.J. Shau, B.F., Emery, G., *Cognitive Therapy of Depression*, Guilford Press, New York, 1979.

Beck, A.T.; *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, International University Press, New York, 1976.

Beck, A.T, Wright, F.D., Newman, C. F., & Liese, B.S., *Cognitive therapy of substance abuse*, Guilford Press, New York, 1993.

BCU CLUJ · CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Beck, J.S., *Cognitive therapy: Basics and beyond*, Guilford Press, New York, 1995.

Benjamin Smith Lora, *Interpersonal Reconstructive Therapy. Promoting Change in Nonresponders*, The Guilford Press, New York, London, 2003.

Borkovec, T.D., Costello, E., *Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy and treatment of generalized anxiety disorder*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61, pp. 611–619, 1993.

Borkovec, T.D., Whisman, M.A., 1996, *Psychosocial treatment for generalized anxiety disorder*, in Mavissakalian, M.R., Prien, R.F. (ed), Long-term Treatments of Anxiety Disorders, American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 171–199, 1996.

Brister, P., *Terapia cognitivă*, București Ed. Teora, 1997.

Bryant, R.A., Harvey, A.G., *Acute stress disorder: a critical review of diagnostic issues*, in Clinical Psychology Review, 17, pp. 757–773, 1997.

Brown, G., Bifulco, A.; Harris, T.O.; *Life Events, Vulnerability and onset of Depression*, in British Journal of Psychiatry, 150, 30–42; 1987.

Burns, D., *The Feeling Good Handbook*, A Plume Book, New York, 1989.

Butler, G., *Phobic disorders*, in Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clarke, D.M. Cognitive-Behaviour Therapies for Psychiatric Problems: A Practical Guide, Oxford University Press, Oxford.

Caplan, G., *An Approach to Comunity Mental Health*; Tavistock, London, 1961.

Clark, D., *A Cognitive Approach of Panic, Behavior Research Theory*; 1986, 24, 5, pp. 461–470.

Clark, D., Salkovskis, P., Chalkley, A., *Respiratory control as a treatment for panic attacks*, in Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1985: 23–30.

Clark, D.A., *Cognitive–Behavioral Theory and Tratment of Obsessive Compulsive Disorder: Past Contributions and Current Developments*, in Leahy.

Clark, M.D., Ehlers, A., *Posttraumatic Stress Disorder: From Cognitive Theory and Therapy*, in Leahy.

Corey, G., *Case Approach to Counselling and Psychotherapy*, fifth edition, Brooks-Cole, Thomson Learning, 2001.

Corey, G., *Theory and Practice of Counselling and Psychotherapy*, sixth edition, Brooks-Cole, Thomson Learning, 2001.

Corsini, R.J., Cardone, S., *Role-playing in Psichotherapy*, Aldine Publish. Comp. Chicago, third ed. 1975.

Cottraux, J., *Behavioural psychotherapy for obsessive-compulsive disorder*, in Internattional Review of Psychiatry, pp. 227–234, 1989.

Cottraux, J., *Les therapies comportementales et cognitives*, ediția a III-a, Masson, Paris, 1998.

Cottraux, J; Blackburn, J.M, *Therapies cognitives des troubles de la personalite*, Masson, Paris, 1995.

Dafinoiu, I., *Elemente de psihoterapie integrativă*, Ed. Polirom, Iași, 2001.

David, D., *Tratat de psihoterapii cognitive și comportamentale*, Ed. Polirom, Iași, 2006.

Dattilio, F.M., Freeman (Eds); *Cognitive Behavior Therapy in Crisis Intervention*. The Guilford Press, New York, London, 2000.

De Shazer, S., *Keys to Solutions in Brief Therapy*, W.W. Norton and Company, New York, London, 1985.

Dewal, P.A., *The Suportive and Active Psychotherapies: A Dynamic Approach*, Jason Aronson Inc, Northvale, New York, London, 1994.

Dobson, Keith, S., *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies*, The Guilford Press, New York, London, 2001.

Douglas, M., *Natural Symbols: Exploration in Cosmology*, second edition, London: Barril and Jenkins, 1973.

Dryden, W., & DiGiuseppe, R., *A primer on rational-emotive therapy*. Champaign, I.L., Research Press, 1990.

Ellis, A., *How Can Psychological Treatment to Be Briefer and Better? The Rationale-Emotive Approach to Brief Therapy*,in J.K. Gilligan, S.G. (eds.) Myths, Methods and Metaphors, Bruner/Mazel Publishers, New York, 1990.

Ellis, A., Grieger, R., *Handbook of Rationale Therapy*, Springer Corp, New York, 1997.

Ellis, A., *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York, Julian Press, 1973.

Ellis, A., *Reason and emotion in psychotherapy* (2nd ed.). Secaucus, NJ: Carol, 1994.

Epstein, N.B., *Cognitive – Behavioral therapy with Complexes: Theoretical and Empirical Status*, in Leahy.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K., *Clinical applications of cognitive therapy*, New York, Plenum Press, 1990.

French, P., Morrison, A.P., *Early Detection and Cognitive Therapy for People at High Risk of Developing Psychosis*, John Wiley and Sons Chichester, New York, 2004.

Godin, J., *La Nouvelle Hypnose: vocabulaire, principes et methode. Introduction a l'hypnotherapie ericksonniene*, Albin Michel, Paris, 1992.

Gould, R.A., Buckminster, S., Pollack, M.H., Otto, M.W., Yap, L., „*Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: a meta-analysis*", in Clinical Psychology Science and Practice, 1997, 4, 291–306–271.

Graham, Hermine, L. (Eds). *Cognitive-Behavioral Integrated Treatment (C-BIT)*, John Wiley and Sons Ltd. The Atrium Southern Gate, Chichester, West Sussex, 2004.

Greenberg, L.S., *Emotion-focused Therapy: Coaching clients to work through their feelings*, Washington, DC, American Psychological Association, (2002b).

Guidano, V.F., & Liotti, G., *Cognitive processes and the emotional disorders*, NY, Guilford Press, 1983.

Haaga, D.A.; Davidson, G.C.; *Cognitive Change Methods in Helping People Change: A textbook of methods*; (ed. Kafner; F.H., Goldstein, A.P.), Pergamon, New York, 1986.

Harvey, A.; Watkins, Ed; Mansell, W.; Shafran, R. *Cognitive Behavioral Processes across Psychological Disorders. A transdiagnostic approach to research and treatment*, Oxford University Press, 2004.

Hawton K., Salkoviskis P.M., Kirk J., Clark D., *Cognitive Behavior Therapy For Psychiatric Problems. A Practical Guide*, Oxford Univ. Prese, 1989.

Hawton, K., Catalan, J., *Attempted Suicide. A practical guide to its nature and management*, second edition, Oxford University Press; 1987.

Hersen, M., *Clinical behavior therapy: Adults and children*, New York, Wiley, 2002.

Hobbs, M., *Crisis Intervention in Theory and Practice: A selective review* in British Journal of Medical Psychology; 57; 23–34;1984.

Holdevici Irina, *Ameliorarea performanțelor individuale prin tehnici de psihoterapie*, Ed. Orizonturi, București, 2001.

Holdevici, Irina, *Autosugestie și relaxare*, Editura Ceres, București, 1995.

Holdevici, Irina, *Psihoterapia tuburărilor anxioase*, Editura Ceres, București, 1998.

Holdevici, Irina, *Elemente de psihoterapie*, Ed. a III-a revizuită și adăugită, Editura All, București, 1997.
Holdevici, Irina, Ion, Andreea, Ion, B., *Psihoterapii moderne: Noua hipnoză ericksoniană*, Editura I.N.I., București, 1997.
Holdevici, Irina, *Psihoterapia — un tratament fără medicamente*, Editura Ceres, București, 1993.
Holdevici, Irina, *Psihoterapia tulburărilor anxioase*, Editura Ceres, București, 2000.
Holdevici, Irina, *Psihoterapii scurte*, Editura Ceres, București, 2000.
Holdevici, Irina, *Sugestiologie și terapie sugestivă*, Editura Victor, București, 1995.
Holdevici, Irina, Vasilescu, I.P., *Hipnoza și forțele nelimitate ale psihismului uman*, Editura Aldomars, București, 1991.
Holdevici, Irina, *Autosugestie și relaxare*, Editura Ceres, București, 1995.
Holdevici, Irina, *Hipnoza clinică*, Editura Ceres, București, 2001
Holdevici, Irina, *Psihologia succesului*, Editura Ceres, București, 1994.
Holdevici, Irina, *Psihoterapia anxietății*, Editura Dual Tech, București, 2002.
Holdevici, Irina, *Gândirea pozitivă — ghid practic de psihoterapie rațional-emotivă și cognitiv–comportamentală*, Ed. Dual Tech, București, 2000.
Holdevici, Irina, *Hipnoterapia: Teorie și practică*, Ed. Dual Tech, București, 2006.
Holdevici, Irina, *Psihoterapia cazurilor dificile; Abordări cognitiv-comportamentale*, Ed. Dual Tech, București, 2003.
Holdevici, Irina, *Psihoterapia cognitiv-comportamentală. Managementul stresului pentru un stil de viață optim*, Editura Științelor medicale, București, 2005.
Holdevici, Irina, Psihoterapii de scurtă durată, Ed. Dual Tech, București, 2004.
Holdevici, Irina, *Strategiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale*, Editura Dual Tech, București, 2007.
Hollon, D.S., De Rubers, R.J. *Effectiveness of Treatmen for Depresion*, in Leahy.
Huber W., *Psihoterapie – Terapia potrivită fiecărui pacient*, Ed. Stiință și Tehnică, București, 1997.
Kaufman, E., *Psychotherapy of Addicted Persons*, Guilford Press, New York, 1994.
Layden, M.A., Newman, C.F., Freeman, A., Morse, S.B., *Cognitive Therapy of Borderline Personality Disorder*, Allyn&Bacon, Boston, 1993.

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Lazarus, A.A.; Fay, A., *Brief Psychotherapy: Tautology or Oxymaron?*, in Zeig, J.K.; S.G. (eds). Brief Therapy; Myths, Methods and Metaphors, Bruner/Mazel Publishers, New York, 1990.

Linehan, M.N., *Cognitive – behavioral tratament of borderline disorder*, New York, Guilford Press, 1993.

Linehan, M.N., *Traitement cognitivo-comportemental du trouble de personalité état limite*, trad. în lb. fr. Pierre Wehrlé, Dominique Page, Médecine et Hygiène, Zürich, 2000.

Leahy, L.R., *Cognitive Therapy: Basic principales and applications*, Northvale, NJ: Aronson, 1996.

Leahy, L.R., *Practicing cognitive Therapy: A guide to intervention*, Northvale, NJ: Aronson, 1997.

Leahy, L.R., & Holland, S.J., *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*, New York, Guilford Press, 2000.

Leahy, L.R., *Overcoming resistance in cognitive therapy*, New York: Guilford Press, 2001b.

Leahy, L.R., *A model of emotional schemas. Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177–191, 2002.

Leahy, L.R., *Cognitive Therapy Techniques: a practitioner's guide*, The Guilford Press, New York, London, 2003.

Leahy, L.R., *Contemporany Cognitive Therapy, Theory, Research and Practice*, The Guilford Press, New York, London, 2004.

Leahy, L.R. (in press), *Cognitive therapy of generalized anxiety disorder.* in R. G. Heimberg, C.L. Terk, & D.S. Mennin (Eds), Generalized anxiety disorder, Advances in research and practice, New York: Guilford Press.

Les Parrott III, *Conseling and Psychotherapy*, Second edition, Thompson books Cole, Australia, Canada, United Kingdom, United States, 2003.

Lindemann, E., *Symptomatology and Management of Acute Grief*, American Journal of Psychiatry, 1944.

Meggle, D., *Les Therapies breves*, Retz, Paris, 1990.

Newman, C.F.; *Substance Abuse*, in Leahy.

O'Connor, J., Seymour, J., *Introducing Neuro-Linguistic Programming*, Harper Collins Publ., San Francisco, 1990.

O'Hanlon, W., Weiner-Davis, M., *L'orentation vers les solutions. Une approche nouvelle en psychotherapie*, SATAS, Bruxelles, 1995.

Persons, J.B., *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*, New York, Norton, 1989.

BCU IASI - BIBLIOTECA UNIVERSITARA

Persons, J.B., *Case conceptualization in cognitive-behavior therapy*, in K.T. Kuehlwein & H. Rosen (Eds), *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice* (pp. 33–35). San Francisco, C A: Jossey-Bass, 1993.

Pretzar, J., Beck, Judith, *Cognitive therapy of Personality Disorders*; Twenty Years of Progress in Leahy.

Rector, N.R., *Cognitive theory and therapy of schizofrenia*, in Leahy.

Reinecke, M.A., Dattilio, F.M. & Freeman, A. (eds), *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice*, New York, Guilford Press, 1996.

Riskind, J.H., *Cognitive Therapy and Research on Generalized Anxiety Disorder*, in Leahy.

Rogers, C.R., *Client – centred therapy*, Cambridge MA, the Riverside Press (1951).

Ryle, A., *Cognitive Analitic Therapy and Borderline Personality Disorders*, John Miley and Sons Chichester, New York, 1997.

Sank, L.J., Schaffer S. Carolin, *A Therapist Manual for Behavior Therapy in Groups*, Plenum Press, New York and London, 1984.

Schultz, J.H., *Le training autogene* (adapt. Par R. Durand de Bousigen), Paris, P.U.F., 1966.

Skinner, B.F., *Science and human behavior*, Mac-Millan, New York, 1953.

Tarrier, N., Wells, A; Haddack, G.,*Treating Complex Cases. The Cognitive Behavioural Therapy Approach*, John Wiley and Sons, Chichester, New York, 1998.

Tompkins, M.A., *Cognitive-behavioral case formulation: The case of Jim*, Journal of Psychotherapy Integration, 6(2), 97–105, 1996.

Trower, P., Casey, A., Draiden, W., *Cognitive Behavioral Counseling in Action*, Sage Publications, London, 1998.

Truax, C.B., Carkhuff R.R., *Toward Effective Counselling and Psychotherapy: Training and Practice*, Aldine, Chicago, 1967.

Unestahl, L.E., *Self-Hypnosis in Sports and Life in Applied Sport Psychology*, Williams, J.M. (eds.), 1987.

Vernette, J., *Sectele*, București, Ed. Meridine, 1996.

Viney, L.L., Benjamin, Y.N., Clarke, A.M., Bunn, T.A., *Sex diferences in the psychological reactions of medical and surgical patients to crisis intervention counselling*, in Social Science and Medicine, 20; 1985; 1199–205.

Waldron, G., *Crisis intervention: is it effective?*, British Journal of Hospital Medicine, aprilie 1984; 283–7.

BCU LIBRARY UNIVERSITY LIBRARY

Wells, A., *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*, John Wiley and Sons Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto, The 3rd Edition, 1999.

Wells, A., Clark, D.M., *Social Phobia: A Cognitive Approach in Phobias-A Handbook of Theory Research and Treatment*, Graham, C.L., Davey (ed.), Wiley, New York, 1997.

Wells, A., *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*, New York: Wiley, 2000.

Wolpe, J., Lazarus, A., *Behavior therapy techniques*, Pergamon, New York, 1966.

Young, J.E., *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (rev. Ed., Sarasota, FL: Professional Press, 1999).

Young, J.E., *Cognitive therapy for personality disorders*: Sarasota, FL: Professional Resources Press, 1990.

Young, J.E., & Flanagan, C., *Schema-focused therapy for narcissistic patients*, in E. F. Ronningstam (Ed.), Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications (pp. 239–262). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1998.

Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E., *Schema Therapy: A practitimer's Guide*, The Guilford Press, New York, London, 2003

Zeig, J.K., Gilligan, S.G., *Brief Therapy. Myths, Methods, and Metaphors*, Brunner/Mazel, New York, 1990.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Psihoterapie cognitiv-comportamentală și psihanaliză

[VERHALTENSTERAPIE IN PSYCHODYNAMISCHEN BEHANDLUNGEN: Theorie und Praxismanual für eine integrative Psychodynamik in ambulanter und stationärer Psychotherapie]
Autor: Ralph T. Vogel
Publicată de: W. Kohlhammer, Stuttgart, 2005
Limba originală: germană
Traducere de: Roxana Melnicu

Cele două mari școli psihoterapeutice (psihanaliza și terapia comportamentală) au dezvoltat în ultimele decenii teorii și modele complexe ale psihopatologiei, precum, și pe această bază, o multitudine de metode de tratament al tulburărilor psihice și le-au integrat cu succes în cotidianul clinicii. Din păcate, această dezvoltare s-a remarcat rareori prin schimburi regulate și raporturi pline de respect cu cealaltă direcție terapeutică. Însă lipsa unei perspective care să depășească gardul propriei școli, precum și numeroasele încercări de delimitare strictă și competitivă îngreunează, respectiv stânjenesc dezvoltarea ulterioară a psihoterapiei ca profesie și știință. De aceea, cartea dr. Ralf Vogel (terapeut comportamentalist și psihanalist) este o excepție lăudabilă și exemplară, căci autorul încearcă cu succes să integreze cunoașterea specifică terapiei comportamentale în tratamentul psihodinamic.
Prof. univ. dr. Siegfried Gauggel

RALF T. VOGEL este psihanalist și psihoterapeut cognitivcomportamental, formator și supervizor pentru ambele orientări terapeutice. Profesor universitar de psihoterapie, activează atât în practica privată, cât și la o clinică de psihiatrie și psihoterapie din Germania.

BCU CLUJ UNIVERSITY LIBRARY

Tratat de psihoterapie de grup

[The Theory and Practice of Group Psychotherapy, *fifth edition*]
Autori: Irvin D. Yalom, Molyn Leszcz
Publicată de: Basic Books, a Member of the Perseus Books Group
Limba originală: engleză
Traducere de: Simona Reghintovschi și Anatol Reghintovschi

Cartea cunoscutului psihoterapeut Irvin Yalom își merită pe deplin numele de tratat. Sunt prezentate cele mai importante tipuri de grupuri: de lungă și scurtă durată, experiențiale, pentru bolnavi somatici, pentru pacienți de psihiatrie și altele. Factorii terapeutici sunt și ei trecuți exhaustiv în revistă: coeziunea, altruismul, speranța, universalitatea etc. De asemenea, sunt descrise etapele dezvoltării grupului terapeutic. Ideile teoretice își primesc de fiecare dată ilustrarea prin vignete clinice. Psihoterapeuții începători găsesc numeroase recomandări practice. Pentru cei interesați de formarea pentru psihoterapia de grup, tratatul conține o secțiune specială.

IRVIN D. YALOM este unul dintre cei mai cunoscuți psihoterapeuți contemporani. Cele mai importante lucrări teoretice le-a dedicat psihoterapiei de grup și psihoterapiei existențiale. Profesor de psihiatrie la Stanford University, Yalom a primit în anul 2000 Premiul Oscar Pfister din partea Asociației Americane a Psihiatrilor.

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Eul, foamea și agresivitatea

Autor: Frederick Perls
Traducere de: Corina Cojanu

Frederick Perls a realizat o sinteză a curentelor care l-au marcat pe parcursul studiilor sale medicale: psihologia formei, psihanaliza, gândirea lui W. Reich, al cărui analizand a fost. Prezenta carte a fost scrisă în 1940 în Africa de Sud și marchează trecerea de la psihanaliza ortodoxă la Gestalttherapie. Călătoria în Japonia îl determină să îmbogățească noua psihoterapie cu filosofia și practicile zen. Sfârșește ca mare guru al coastei californiene, deschisă atunci pentru toate psihoterapiile.

FREDERICK S. PERLS s-a născut în 1893 la Berlin, unde a studiat medicina. În 1933, împreună cu soția Laura și fiul mai mare emigrează în Olanda și apoi în Africa de Sud. În 1946 se mută la New York unde colaborează cu Karen Horney și Wilhelm Reich. Alte lucrări importante: *Gestalttherapy: Excitement and Growth in the Human Personality* (1951/1977); *The Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy* (1973). Moare în 1970 la Chicago.

BCU IAȘI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

A deveni o persoană.

Perspectiva unui psihoterapeut

[On Becoming A Person]

Autor: Carl R. Rogers
Publicată de: Mariner Books, Houghton Mifflin Company
Limba originală: engleză
Traducere de: Anacaona Mîndrilă-Sonetto

Inițiator al «psihoterapiei centrate pe client», Carl Rogers este autorul unor idei care dau conținut abordării umaniste în psihoterapia și psihologia contemporane: ființa umană are o dimensiune pozitivă care este actualizată prin atitudinea de acceptare necondiționată din partea psihoterapeutului; operaționalizarea psihoterapiei (cele șase condiții pentru schimbare); necesitatea interdisciplinarității (cu psihologia socială, etologie, existențialism); importanța cercetării empirice în psihoterapie.
Cititorul găsește sinteza acestor idei în prezenta carte.

CARL R. ROGERS (1902–1987) este considerat unul dintre cei mai importanți șase psihologi ai secolului XX. A fost premiat de către American Psychological Association în 1956 pentru activitatea de pionierat în cercetarea empirică a psihoterapiei și în 1972 pentru întreaga activitate profesională. Spre sfârșitul vieții a fost nominalizat pentru Premiul Nobel pentru Pace.

BCU IAȘI - UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PSIHOTERAPIE

Principiul de bază al psihoterapiei cognitiv-comportamentale se referă la faptul că stările afective negative, cum ar fi depresia, anxietatea, panica, iritarea, precum şi comportamentele dezadaptative au la bază modul distorsionat în care oamenii gândesc despre ei înşişi, despre lume şi despre viitor. Aceste idei eronate au tendinţa de a apărea şi la persoane cu un nivel intelectual ridicat, persistă chiar în contradicţie cu datele realităţii şi conduc la comportamente autoblocante şi autodistructive. Demersul terapeutic pune accentul pe tehnicile de restructurare atitudinală, apelând la principiile învăţării pentru a obţine modificări în sfera comportamentului. Rezolvarea de probleme reprezintă o latură importantă a tratamentului. Psihoterapia este limitată în timp, are obiective clar definite, rezultate evidente, de cele mai multe ori posibil de cuantificat. Terapia cognitiv-comportamentală are rezultate eficiente în tulburările anxioase (anxietate generalizată, atacuri de panică, agorafobie, fobii multiple, fobie socială), depresive, în tulburările post-traumatice de stres, în cele datorate abuzului de substanţe, dar şi în cazuri mai complexe cum ar fi, de pildă, tulburările de personalitate.

IRINA HOLDEVICI este profesor universitar de psihologie şi psihoterapie. A publicat peste 100 de studii şi peste 20 de cărţi de specialitate. Deţine specializări în psihoterapie, psihopatologie şi psihologia sportului. Este psihoterapeut formator în psihodiagnostic clinic şi psihoterapie şi preşedinte al Societăţii Române de Sugestie şi Hipnoză, vicepreşedinte al Colegiului Naţional de Psihoterapie, membru în Comitetul Director al Federaţiei Europene de Psihologie a Sportului.

9789737072603

ISBN 978-973-707-260-3

www.edituratrei.ro